



LIFE CARE planning

giá trị của tôi, sự lựa chọn của tôi, sự chăm sóc của tôi

kp.org/lifecareplan



Nội dung

Tập sách này sẽ cho quý vị biết cách lập kế hoạch cho các quyết định chăm sóc sức khỏe trong trường hợp quý vị bị ốm nặng và không thể tự nói chuyện.

| | |
|---|----|
| Chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe | 2 |
| PHẦN 1: Đưa ra lựa chọn chăm sóc sức khỏe của riêng quý vị | 3 |
| Quyết định về việc hiến tạng | 4 |
| PHẦN 2: Chọn đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị (Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe) | 5 |
| PHẦN 3: Tạo chỉ thị chăm sóc sức khỏe (ý nguyện trị liệu) | 6 |
| PHẦN 4: Hoàn thành biểu mẫu Lệnh Linh Động Về Việc Điều Trị Duy Trì Sự Sống (POLST) | 6 |
| PHẦN 5: Chia sẻ các biểu mẫu chỉ thị trước của quý vị | 7 |
| PHẦN 6: Nguồn thông tin | 8 |
| Bảng giá trị | 9 |
| Mẫu Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe | 11 |
| Biểu mẫu Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu) | 13 |

Chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe

Bệnh tật hoặc tai nạn nghiêm trọng có thể xảy ra với bất kỳ ai, ở mọi lứa tuổi. Lập kế hoạch chăm sóc trước có thể giúp quý vị ghi lại các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của mình trong trường hợp quý vị bị ốm hoặc bị thương và không thể tự nói chuyện.

Chuẩn bị các chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe là một trong những cách tốt nhất để đảm bảo rằng gia đình, bạn bè và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị biết về các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của quý vị. Các chỉ thị trước về chăm sóc sức khỏe bao gồm các hình thức sau:

- Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe
- Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu)
- Lệnh Linh Động Về Việc Điều Trị Duy Trì Sự Sống (POLST)
- Thẻ hiến tặng nội tạng

Thông tin và biểu mẫu trong tập sách này có thể giúp quý vị suy nghĩ về những lựa chọn quý vị có và chuẩn bị chỉ thị trước của quý vị. Quý vị có thể điền vào tất cả các biểu mẫu hoặc chỉ những phần quý vị muốn. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào, hãy nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhân viên xã hội, gia đình hoặc bạn bè của quý vị.

Thông tin sau được bao gồm trong tập sách này:

Phần 1: Đưa ra lựa chọn chăm sóc sức khỏe của riêng quý vị

Bắt đầu lập kế hoạch bằng cách tìm hiểu về các quyết định chăm sóc sức khỏe mà quý vị có thể phải đối mặt và bằng cách hiểu rõ suy nghĩ và cảm xúc của chính mình. Lập kế hoạch trước thời hạn có thể giúp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, gia đình hoặc những người khác của quý vị hiểu được phương pháp điều trị quý vị muốn hoặc phương pháp điều trị có lợi nhất cho quý vị nếu quý vị không thể tự nói chuyện.

Phần 2: Chọn một đại diện chăm sóc sức khỏe

Khi quý vị chọn một đại diện chăm sóc sức khỏe, quý vị đang trao cho người khác Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe. Điều này có nghĩa là người mà quý vị có với tư cách là đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị được ủy quyền đưa

ra các quyết định y tế cho quý vị nếu quý vị không thể tự mình đưa ra các quyết định đó. Việc ký giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe không làm mất khả năng tự quyết định của quý vị trừ khi quý vị không thể tự nói chuyện.

Phần 3: Tạo chỉ thị chăm sóc sức khỏe (ý nguyện trị liệu)

Khi quý vị lập một chỉ thị chăm sóc sức khỏe, còn được gọi là ý nguyện trị liệu, quý vị đang chọn phương pháp điều trị quý vị muốn nếu quý vị bị bệnh nan y hoặc bất tỉnh vĩnh viễn. Ý nguyện trị liệu của quý vị sẽ cho người khác biết rằng quý vị muốn chết một cách tự nhiên và không được điều trị để kéo dài quá trình hấp hối một cách giả tạo. Biểu mẫu này cũng cho người khác biết liệu quý vị có muốn dinh dưỡng và thủy dưỡng nhân tạo hay không.

Phần 4: Hoàn thành biểu mẫu Lệnh Linh Động Về Việc Điều Trị Duy Trì Sự Sống (POLST)

Nếu quý vị bị bệnh nan y nghiêm trọng, một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện có thể điền vào một biểu mẫu gọi là Lệnh Linh Động Về Việc Điều Trị Duy Trì Sự Sống (POLST). Biểu mẫu này thể hiện mong muốn của quý vị như là lệnh y tế rõ ràng và cụ thể cho những người điều trị cho quý vị.

Phần 5: Chia sẻ các biểu mẫu chỉ thị trước của quý vị

Khi quý vị đã điền vào các biểu mẫu quý vị muốn, hãy chia sẻ thông tin với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, gia đình và bạn bè của quý vị. Hãy cung cấp một bản sao cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị và cho những người cần biết thông tin này nếu có bất kỳ điều gì xảy ra với quý vị. Giữ các biểu mẫu gốc bên mình và gửi các bản sao đến Cơ Quan Đăng Ký Chỉ Thị Trước tại Kaiser Permanente.

Phần 6: Nguồn thông tin

Quý vị sẽ tìm thấy các nguồn thông tin bổ sung có thể giúp quý vị chuẩn bị các biểu mẫu chỉ thị trước.

Phần 1: Đưa ra lựa chọn chăm sóc sức khỏe của riêng quý vị

Danh sách kiểm tra sau đây có thể giúp quý vị suy nghĩ về phương pháp điều trị quý vị muốn trong trường hợp bị bệnh nghiêm trọng hoặc tai nạn. Ngoài ra còn có Bảng giá trị ở trang 9 để giúp quý vị làm rõ các giá trị, niềm tin và mục tiêu của mình. Sau khi quý vị đã xem qua danh sách kiểm tra và Bảng giá trị, hãy điền và ký tên vào 2 biểu mẫu trong tập sách này: Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe và Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu).

Hãy suy nghĩ về những gì làm cho cuộc sống của quý vị đáng sống. Đánh dấu "X" bên cạnh những câu quý vị đồng ý nhất:

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

- Nói chuyện với gia đình hoặc bạn bè
- Thức dậy sau khi hôn mê
- Tự ăn, tắm rửa và chăm sóc bản thân
- Sống không đau đớn
- Sống mà không phụ thuộc vào máy móc

Cuộc sống của tôi luôn đáng sống cho dù tôi có bệnh tật như thế nào đi chăng nữa.

- Có
- Không

Nếu tôi sắp chết, điều quan trọng đối với tôi là:

- Ở nhà
- Ở bệnh viện

Đối với tôi, tôn giáo hay tâm linh đều quan trọng.

- Có
- Không

Tôi muốn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình biết những thông tin sau về niềm tin tôn giáo hoặc tâm linh của tôi:

Điều trị hỗ trợ sự sống là dịch vụ chăm sóc y tế có thể giúp quý vị sống lâu hơn. Dịch vụ này có thể bao gồm phẫu thuật, thuốc hoặc bất kỳ điều nào sau đây:

- Truyền máu
 - Truyền máu được sử dụng để thay thế lượng máu có thể bị mất do phẫu thuật, chấn thương hoặc bệnh tật.
- Máy trợ thở hoặc máy thở
 - Máy này bơm không khí vào phổi của quý vị và hỗ trợ thở khi quý vị không thể tự thở.
- CPR (hồi sức tim phổi) CPR có thể bao gồm:
 - Ấn mạnh vào ngực để máu tiếp tục bơm.
 - Sốc điện để kích hoạt lại tim của quý vị.
 - Đưa thuốc vào tĩnh mạch của quý vị.
- Lọc máu
 - Lọc máu tức là sử dụng một máy để làm sạch máu nếu thận của quý vị ngừng hoạt động.
- Ống cho ăn
 - Một ống cho ăn được đặt xuống cổ họng và dẫn vào dạ dày của quý vị để cho ăn nếu quý vị không thể nuốt được.

Đánh dấu "X" bên cạnh những câu quý vị đồng ý nhất:

Nếu tôi bệnh nặng đến mức có thể chết sớm:

- Hãy thử tất cả các phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi cho rằng có thể hữu ích. Nếu các phương pháp điều trị đó không hiệu quả và có rất ít hy vọng khỏi bệnh, tôi muốn tiếp tục sử dụng máy hỗ trợ sự sống.
- Hãy thử tất cả các phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi cho rằng có thể hữu ích. Nếu các phương pháp điều trị đó không hiệu quả và có rất ít hy vọng khỏi bệnh, tôi không muốn tiếp tục sử dụng máy hỗ trợ sự sống.
- Hãy thử bất kỳ hoặc tất cả các phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống sau đây mà nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi nghĩ có thể hữu ích:
- CPR
 - Máy trợ thở hoặc máy thở
 - Lọc máu
 - Ống cho ăn
 - Truyền máu
 - Thuốc
 - Các phương pháp điều trị khác _____
- Tôi không muốn sử dụng bất kỳ phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống nào
- Tôi muốn đại diện chăm sóc sức khỏe quyết định cho tôi

Quyết định về việc hiến tạng

Hiến tạng có thể cứu sống mạng người. Các cơ quan và mô – bao gồm mắt, thận, tim, van tim, gan, xương, phổi và da – có thể được dùng cho những người khác, những người cần những cơ quan này để duy trì sự sống. Các cơ quan và mô cũng có thể được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Đánh dấu "X" bên cạnh những câu quý vị đồng ý nhất:

- Tôi muốn hiến tạng các cơ quan nội tạng của mình.

Quý vị muốn hiến tạng cơ quan nội tạng nào?

- Bất kỳ cơ quan nào
- Chỉ những cơ quan này:

- Tôi không muốn hiến tạng các cơ quan của mình
- Tôi muốn đại diện chăm sóc sức khỏe quyết định

Có điều gì khác mà quý vị muốn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, gia đình hoặc những người khác biết về dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị muốn nhận được nếu quý vị bị ốm hoặc bị thương và không thể tự nói chuyện không?

Nếu quý vị muốn hiến tạng nội tạng của mình, quý vị hãy ký vào thẻ hiến tạng nội tạng.

Có hai cách để làm việc này:

- Gọi cho số điện thoại miễn phí của LifeCenter Northwest 1-877-275-5269 và yêu cầu thẻ hiến tạng.
- Hãy cho Bộ Cấp phép (DOL) biết rằng quý vị muốn hiến tạng khi nộp đơn xin cấp giấy phép lái xe, giấy phép hướng dẫn hoặc thẻ căn cước của tiểu bang.

Phần 2: Chọn đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị (Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe)

Đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị là người mà quý vị chọn để đưa ra các quyết định y tế cho quý vị nếu quý vị không thể tự mình đưa ra các quyết định đó. Quý vị ủy quyền cho người này quyết định với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Tôi có thể chọn ai làm đại diện chăm sóc sức khỏe của mình?

Quý vị có thể chọn bất kỳ thành viên gia đình hoặc bạn bè nào:

- Từ 18 tuổi trở lên
- Có thể có mặt khi quý vị cần
- Là người quý vị tin tưởng sẽ làm những gì tốt nhất cho quý vị
- Có thể cho bác sĩ của quý vị biết về các quyết định mà quý vị đã đưa ra về việc chăm sóc sức khỏe

Quý vị **không thể** chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị hoặc bất kỳ ai làm việc tại bệnh viện, viện dưỡng lão, cơ sở hỗ trợ sinh hoạt hoặc phòng khám làm đại diện chăm sóc sức khỏe, trừ khi người đó là thành viên gia đình.

Điều gì sẽ xảy ra nếu tôi không chọn một đại diện chăm sóc sức khỏe?

Nếu quý vị không thể tự đưa ra các quyết định y tế và không chọn đại diện chăm sóc sức khỏe, luật tiểu bang Washington quy định rằng bác sĩ của quý vị phải được sự đồng ý của những người thuộc các diện sau, theo thứ tự được liệt kê dưới đây:

- Người giám hộ hợp pháp do tòa án chỉ định, nếu có
- Cá nhân có tên trên biểu mẫu Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe, nếu có
- Vợ/chồng hoặc bạn đời sống chung đã đăng ký với tiểu bang Washington
- Con cái trưởng thành của bệnh nhân (tất cả đều phải đồng thuận)
- Cha mẹ của bệnh nhân (tất cả đều phải đồng thuận)
- Anh chị em trưởng thành của bệnh nhân (tất cả đều phải đồng thuận)

- Các cháu trưởng thành của bệnh nhân (tất cả đều phải đồng thuận)
- Con cái trưởng thành của anh chị em bệnh nhân (tất cả đều phải đồng thuận)
- Cô dì chú bác trưởng thành của bệnh nhân (tất cả đều phải đồng thuận)
- Bất kỳ người trưởng thành nào đáp ứng các tiêu chí được nêu trong RCW 7.70.065

Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể đưa ra những quyết định nào?

Đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể đưa ra quyết định về:

- Thuốc hoặc xét nghiệm mà quý vị có thể nhận được
- Điều sẽ diễn ra với nội tạng của quý vị sau khi quý vị qua đời
- Làm theo lời khuyên từ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và nhân viên xã hội của quý vị
- Các bệnh viện hoặc phòng khám quý vị sẽ ở
- Các phương pháp điều trị hỗ trợ sự sống mà quý vị có thể nhận được hoặc không nhận được, bao gồm:
 - CPR
 - Máy trợ thở hoặc máy thở
 - Lọc máu
 - Ống cho ăn
 - Truyền máu
 - Thuốc
 - Các phương pháp điều trị khác

Làm cách nào để tôi đưa ra quyết định chính thức?

Sau khi quý vị đã chọn được đại diện chăm sóc sức khỏe, hãy điền và ký vào biểu mẫu Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe trong các trang 11–12 của tập sách này. Hướng dẫn nộp đơn đã điền nằm trong Phần 5.

Tôi có cần phải công chứng biểu mẫu không?

Cư dân Washington phải ký vào trên biểu mẫu Giấy Ủy Quyền Dài Hạn (DPOA) Về Chăm Sóc Sức Khỏe dưới sự chứng kiến của 2 người HOẶC được công chứng viên thừa nhận.

Vui lòng xem các yêu cầu làm chứng nằm trong mẫu DPOA ở trang 12.

Phần 3: Tạo chỉ thị chăm sóc sức khỏe (ý nguyện trị liệu)

Ngoài việc nói chuyện với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, gia đình và bạn bè, quý vị nên viết ra các nguyện vọng của mình. Một trong những tài liệu quý vị có thể sử dụng là ý nguyện trị liệu hay còn gọi là chỉ thị chăm sóc sức khỏe hoặc chỉ thị cho bác sĩ.

Ý nguyện trị liệu là một chỉ thị cho các bác sĩ và gia đình biết quyết định từ chối điều trị y tế duy trì sự sống của một người nếu người đó mắc bệnh ở giai đoạn cuối hoặc bệnh tật/thương tật khiến người đó bất tỉnh vĩnh viễn. Chỉ thị cho phép bác sĩ của quý vị từ chối hoặc ngừng điều trị duy trì sự sống. Quý vị vẫn sẽ được chăm sóc xoa dịu.

Quyền lập ý nguyện trị liệu được quy định trong Đạo luật về cái chết tự nhiên của bang Washington.

Để hoàn thành chỉ thị chăm sóc sức khỏe (ý nguyện trị liệu), hãy điền vào biểu mẫu ở trang 13 và 14 của tập sách này. Hướng dẫn nộp đơn đã điền nằm trong Phần 5.

Phần 4: Hoàn thành biểu mẫu Lệnh Linh Động Về Việc Điều Trị Duy Trì Sự Sống (POLST)

Lệnh Linh Động Về Việc Điều Trị Duy Trì Sự Sống (POLST) là một biểu mẫu mà quý vị điền với một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện nhằm thông báo cho những người nhất định (chẳng hạn như bác sĩ trong bệnh viện và nhân viên cấp cứu y tế trong xe cứu thương) để họ biết quý vị muốn được chăm sóc y tế thế nào khi mắc bệnh hoặc thương tích nghiêm trọng.

POLST là một tập hợp các lệnh y tế được một nhà cung cấp dịch vụ y tế đủ điều kiện cho phép, trong đó liệt kê các phương pháp điều trị duy trì sự sống mà quý vị muốn hoặc không muốn thực hiện lúc cuối đời.

Các tài liệu biểu mẫu POLST:

- Bệnh trạng của quý vị
- Lựa chọn của quý vị về việc:
 - Tiếp nhận Hồi sức tim phổi (CPR) nếu tim không đập và quý vị không thở
 - Sử dụng chất lỏng và dinh dưỡng được cung cấp nhân tạo

Tôi có cần phải công chứng biểu mẫu không?

Cư dân Washington phải ký vào biểu mẫu Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu) dưới sự chứng kiến của 2 người HOẶC được công chứng viên thừa nhận.

Vui lòng xem các yêu cầu làm chứng nằm trong biểu mẫu Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu) ở trang 14.

Biểu mẫu POLST là tự nguyện và nhằm mục đích:

- Giúp quý vị và một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện thảo luận và phát triển các chương trình thực hiện nguyện vọng của quý vị
- Giúp các bác sĩ, y tá, cơ sở chăm sóc sức khỏe và nhân viên cấp cứu tôn trọng nguyện vọng của quý vị trong việc điều trị duy trì sự sống.
- Hướng dẫn nhân viên dịch vụ cấp cứu y tế điều trị một cách phù hợp

Các câu hỏi thường gặp về biểu mẫu POLST:

- **Có cần phải ký vào mẫu POLST không?** Có. Một bác sĩ (MD hoặc DO), chuyên viên điều dưỡng hoặc y sĩ được chứng nhận (PA-C) phải ký vào biểu mẫu màu xanh lá nhạt này thì nó mới trở thành mệnh lệnh được các chuyên gia chăm sóc sức khỏe khác hiểu và tuân theo.

- **Nếu tôi có mẫu POLST đã ký, tôi có cần chỉ thị trước không?** Có, chúng tôi khuyên quý vị cũng nên có chỉ thị trước, mặc dù không bắt buộc. Nếu muốn biết thêm thông tin về các chỉ thị trước, quý vị hãy thảo luận với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình.
- **Điều gì sẽ xảy ra nếu người thân yêu của tôi không còn có thể truyền đạt nguyện vọng được chăm sóc của họ?** Nếu quý vị là đại diện chăm sóc sức khỏe được chỉ định cho người thân của mình, quý vị có thể phát ngôn thay cho người này. Một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện có thể hoàn thành biểu mẫu POLST dựa vào sự hiểu biết của quý vị về nguyện vọng của người thân.
- **Biểu mẫu POLST được sử dụng ở cơ sở nào?** Biểu mẫu POLST đã điền là một biểu mẫu

lệnh y tế sẽ theo quý vị nếu quý vị được vận chuyển giữa các cơ sở chăm sóc sức khỏe, cho dù quý vị đang ở nhà, trong bệnh viện hay trong một cơ sở chăm sóc dài hạn.

- **Mẫu POLST được lưu giữ ở đâu?** Nếu sống ở nhà, quý vị nên giữ biểu mẫu POLST bản gốc màu xanh lá nhạt ở vị trí mà những người bước vào nhà dễ dàng nhìn thấy (ví dụ: trên cửa tủ lạnh, trên cửa phòng ngủ, trên bàn đầu giường hoặc trong tủ thuốc). Nếu quý vị sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, biểu mẫu POLST của quý vị có thể được lưu giữ trong hồ sơ y tế cùng với các lệnh y tế khác.
- **Làm cách nào để tôi lấy được một bản biểu mẫu POLST?** Hãy hỏi bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác của quý vị để lấy biểu mẫu POLST.

Phần 5: Chia sẻ các biểu mẫu chỉ thị trước của quý vị

Các biểu mẫu Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu) và Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe đều là các tài liệu pháp lý sau khi điền đầy đủ thông tin và có chữ ký hợp lệ hoặc được công chứng.

Hãy lưu giữ các hồ sơ gốc của quý vị. Tạo bản sao cho các thành viên gia đình hoặc những người có thể phải thay quý vị đưa ra quyết định, bao gồm cả đại diện chăm sóc sức khỏe và luật sư riêng của quý vị.

Ngoài ra, quý vị cần đảm bảo rằng các biểu mẫu đã được đưa vào hồ sơ y tế Kaiser Permanente của quý vị. Quý vị có thể làm việc này bằng cách:

- Gửi (1) bản sao của mỗi biểu mẫu tới:

Kaiser Permanente Advance Directives
Registry
Mailstop ACN-AC3
P.O. Box 204
Spokane, WA 99210-0204

HOẶC

- Hoặc gửi email tới: kpadvancedirectives@kp.org
hoặc gửi fax tới: 509-434-3185

HOẶC

- Đưa bản sao cho đội ngũ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Khi các biểu mẫu đã nằm trong hồ sơ y tế của quý vị, các bác sĩ của Kaiser Permanente có quyền tiếp cận chúng trong 24 giờ. Nếu quý vị muốn chắc chắn rằng các biểu mẫu có trong hồ sơ y tế của mình, quý vị có thể gọi cho Cơ quan Đăng ký Chỉ Thị Trước của Kaiser Permanente theo số 1-877-850-9445.

Đưa ra các lựa chọn không có trong các biểu mẫu

Nếu quý vị muốn đưa ra các lựa chọn về dịch vụ chăm sóc sức khỏe không có trong các biểu mẫu, vui lòng:

- Viết các lựa chọn của quý vị vào một mảnh giấy
- Giữ những mảnh giấy đó cùng với các biểu mẫu chỉ thị trước khác của quý vị
- Chia sẻ lựa chọn của quý vị với người chăm sóc quý vị

Chỉnh sửa hoặc cập nhật biểu mẫu của quý vị

Nếu quý vị muốn thay đổi bản chỉ thị trước, trước hết, hãy nói với những người chăm sóc quý vị. Sau đó, khi quý vị đã thực hiện các thay đổi đối với biểu mẫu, hãy gửi bản sao của biểu mẫu cho đại diện chăm sóc sức khỏe, các thành viên gia đình, những người thân yêu của quý vị và Kaiser Permanente, giống như lần đầu. Yêu cầu hủy các bản cũ. Lưu ý: Mọi thay đổi đối với POLST phải có chữ ký của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đủ điều kiện.

PHẦN 6: Các nguồn thông tin có thể hữu ích khi quý vị chuẩn bị các biểu mẫu chỉ thị trước

Chương trình "Life Care Planning" của Kaiser Permanente Washington

1-866-458-5276

Email: kpwa.lifecareplanning@kp.org

Cung cấp các hội thảo miễn phí kéo dài 2 giờ về các bản chỉ thị trước tại nhiều cơ sở của Kaiser Permanente.

Đường Dây Nguồn Thông Tin Trợ Giúp của Kaiser Permanente Washington

1-800-992-2279

Email: KPWA.resource-L@kp.org

Cung cấp biểu mẫu Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe và Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu).

CHỈ QUẬN KING: Cung cấp thông tin liên lạc cho các tình nguyện viên của Tổ Chức Hỗ trợ Quyền Lợi Người Cao Tuổi, những người có thể nói chuyện với quý vị về việc điền vào các biểu mẫu chỉ thị trước.

Cơ Quan Đăng Ký Chỉ Thị Trước của Kaiser Permanente Washington

1-877-850-9445

Có thể quét các bản chỉ thị trước và lưu vào hồ sơ y tế của quý vị.

Các Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Tại Gia, Chăm Sóc Giảm Nhẹ và Dịch Vụ Chăm Sóc Cuối Đời Tại Gia của Kaiser Permanente Washington

1-800-332-5735

Cung cấp dịch vụ chăm sóc tại nhà khi quý vị cần chăm sóc phục hồi chức năng hoặc các dịch vụ chăm sóc xoa dịu cho các bệnh nặng.

Hiệp Hội Y Khoa Tiểu Bang Washington

206-441-9762 (khu vực Seattle)

1-800-552-0612

Cung cấp biểu mẫu Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe và Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe (Ý Nguyện Trị Liệu).

LifeCenter Northwest

1-877-275-5269

www.lcnw.org

Cung cấp thông tin về việc hiến tặng nội tạng và mô.

Dịch Vụ Giới Thiệu Luật Sư Của Hiệp Hội Luật Gia Tiểu Bang Washington

1-800-945-9722

Có thể cung cấp số của dịch vụ giới thiệu luật sư gần nhất trong khu vực của quý vị.

Bộ Dịch Vụ Y Tế và Xã hội Tiểu Bang Washington

www.dshs.wa.gov/altsa/home-and-community-services/legal-planning

Cung cấp thông tin và nguồn thông tin hỗ trợ về các bản chỉ thị trước.

BẢNG GIÁ TRỊ

Sau đây là những câu hỏi cần suy nghĩ khi quý vị đưa ra quyết định và chuẩn bị tài liệu cho mong muốn đối với việc chăm sóc sức khỏe của mình. Quý vị có thể muốn viết ra câu trả lời của mình và đưa bản sao cho gia đình và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc chỉ sử dụng các câu hỏi để suy nghĩ và thảo luận.

Hãy đánh giá mức độ quan trọng của những mục sau đây đối với quý vị. RẤT QUAN TRỌNG → KHÔNG QUAN TRỌNG

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Để mọi thứ diễn ra tự nhiên | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Duy trì chất lượng cuộc sống của tôi | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Trung thành với truyền thống và tín ngưỡng tâm linh của tôi | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sống lâu nhất có thể, không quan trọng chất lượng cuộc sống | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sống độc lập | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Sống thoải mái và không đau đớn nhất có thể | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Để lại những kỷ niệm đẹp cho gia đình và bạn bè | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Đóng góp vào giảng dạy hoặc nghiên cứu y tế | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Có thể liên hệ với gia đình và bạn bè | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Không bị giới hạn về thể chất | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Tinh táo và có đủ năng lực về mặt tinh thần | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Có thể để lại tiền cho gia đình, bạn bè, tổ chức từ thiện | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Qua đời nhanh chóng chứ không kéo dài | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| Tránh chăm sóc tốn kém | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

Lúc hấp hối, điều gì là quan trọng đối với quý vị (ví dụ: cơ thể thoải mái, không đau đớn, người thân trong gia đình có mặt, v.v.)?

Quý vị cảm thấy thế nào khi sử dụng các biện pháp duy trì sự sống lúc đối mặt với căn bệnh nan y? Hôn mê vĩnh viễn? Khuyết tật hoặc bệnh mãn tính không thể hồi phục (ví dụ: bệnh Alzheimer)?

Quý vị có luôn muốn biết sự thật về bệnh trạng của mình, ngay cả khi sự thật có thể khiến quý vị khó chịu?

Quý vị có đặc biệt chú ý đến phương pháp điều trị y tế cụ thể nào không? Một số phương pháp điều trị mà quý vị có thể muốn quyết định bao gồm: thở bằng máy (máy hô hấp), CPR (hồi sức tim phổi), dinh dưỡng và thủy dưỡng nhân tạo (dinh dưỡng và chất lỏng được cung cấp qua một ống trong tĩnh mạch, mũi hoặc dạ dày), thuốc kháng sinh, lọc thận, chăm sóc đặc biệt tại bệnh viện, thuốc giảm đau, hóa trị hoặc xạ trị và phẫu thuật.

Cảm nhận của quý vị về những phương pháp điều trị này có thay đổi tùy theo tình trạng sức khỏe và tiên lượng của quý vị không? Quý vị có muốn tránh một số phương pháp điều trị khi chắc chắn tử vong hoặc quý vị có thể mất khả năng vận động không? Quý vị có muốn tránh một số phương pháp điều trị nếu mục đích sử dụng chỉ để kéo dài quá trình hấp hối, nhưng chấp nhận thực hiện nếu những phương pháp này làm giảm bớt đau đớn không?

Những giới hạn nào đối với sức khỏe thể chất và tinh thần của quý vị sẽ ảnh hưởng đến các quyết định chăm sóc sức khỏe mà quý vị sẽ đưa ra?

Quý vị có muốn tính đến tài chính khi đưa ra quyết định điều trị không?

Quý vị có muốn được đưa vào viện dưỡng lão không?

Quý vị có muốn được chăm sóc cuối đời, nhằm giúp quý vị cảm thấy thoải mái tại nhà trong khoảng thời gian cuối đời, thay vì nằm viện không?

Quý vị có muốn tham gia vào quá trình đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe và điều trị của mình không?

Quý vị có muốn hiến tạng nội tạng khi qua đời không?

GIẤY ỦY QUYỀN DÀI HẠN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

Bản chỉ thị trước này, Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe, cho phép quý vị nêu tên người đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị khi quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định. Người này là Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe. Biểu mẫu này đáp ứng các yêu cầu của luật tiểu bang Washington.

Thông tin của tôi:

Họ và Tên:

Số Hồ Sơ Y Tế:

Ngày Sinh:

/ /

(tháng/ngày/năm)

ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TÔI

Người mà tôi chỉ định làm Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của mình là:

Họ và Tên:

Ngày Sinh:

/ /

Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, mã ZIP:

Điện thoại:

Trong trường hợp người được liệt kê ở trên không thể hoặc không sẵn lòng phục vụ, hoặc không thể liên lạc bằng nỗ lực hợp lý, thì tôi trao các quyền này cho Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe đủ điều kiện tiếp theo được liệt kê bên dưới:

Người thay thế thứ nhất

Họ và Tên:

Ngày Sinh:

/ /

Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, mã ZIP:

Điện thoại:

Người thay thế thứ hai

Họ và Tên:

Ngày Sinh:

/ /

Địa chỉ, Thành phố, Tiểu bang, mã ZIP:

Điện thoại:

CHO PHÉP MỘT ĐẠI DIỆN CHĂM SÓC SỨC KHỎE:

Tuyên Bố về Thẩm Quyền và Quyền Hạn Chung của Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi: Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi được ủy quyền đặc biệt để đồng ý điều trị chăm sóc sức khỏe khi tôi không thể tự quyết định. Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi được ủy quyền thực hiện các mong muốn của tôi liên quan đến các phương pháp điều trị duy trì sự sống như ống cho ăn, hồi sức tim phổi (CPR), máy thở và lọc thận. Điều này bao gồm đồng ý bắt đầu, tiếp tục hoặc ngừng điều trị y tế. Tài liệu này cung cấp cho người mà quý vị chỉ định làm Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe quyền đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị và chỉ có hiệu lực khi quý vị mất khả năng đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt cho chính mình. Chừng nào quý vị còn khả năng đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe sáng suốt cho chính mình, quý vị có quyền đưa ra tất cả các quyết định về y tế và chăm sóc sức khỏe khác. Các nguyện vọng điều trị y tế của quý vị có thể được đính kèm cùng biểu mẫu này. Quý vị có thể gửi kèm các giới hạn cụ thể trong tài liệu này về thẩm quyền của Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe trong việc đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe nếu quý vị muốn.

Tôi xác thực những điều sau: Tôi hiểu tầm quan trọng và ý nghĩa của Giấy Ủy Quyền Dài Hạn về Chăm Sóc Sức Khỏe (DPOA-HC) này. Biểu mẫu này phản ánh các lựa chọn của tôi cho Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe. Tôi đã tự nguyện điền vào biểu mẫu này. Tôi đang suy nghĩ sáng suốt. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi quyết định của mình bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay thế biểu mẫu này bất kỳ lúc nào, sau đó sẽ

Họ và Tên:

Số Hồ Sơ Y Tế:

Ngày Sinh:

/ /

thu hồi mọi DPOA-HC trước đó. Tôi muốn DPOA-HC này có hiệu lực nếu bác sĩ hoặc người được chỉ định mà tôi lựa chọn xác định rằng tôi không có khả năng tự đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho mình. Chỉ thị này sẽ tiếp tục có hiệu lực chừng nào tôi còn mất năng lực.

Hai người làm chứng HOẶC một công chứng viên phải chứng kiến tôi ký vào biểu mẫu này để nó có giá trị pháp lý.

Chữ ký của tôi:

Ngày:

YÊU CẦU DÀNH CHO NGƯỜI LÀM CHỨNG HOẶC CÔNG CHỨNG VIÊN

Nếu không có chữ ký của người làm chứng hoặc công chứng thì biểu mẫu này không có giá trị pháp lý.

Lựa chọn 1: Hai người làm chứng

Yêu cầu dành cho người làm chứng:

- Phải từ 18 tuổi trở lên và đủ năng lực.
- Không được có liên hệ với quý vị hoặc đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị về huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ sống chung nhà đã đăng ký với tiểu bang.
- Không phải nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc người trưởng thành hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn nơi quý vị sống.

Chứng nhận của người làm chứng: Tôi tuyên bố tôi đáp ứng các quy tắc để trở thành người làm chứng.

Chữ ký của **Người làm chứng 1:**

Ngày:

Tên viết hoa:

Chữ ký của **Người làm chứng 2:**

Ngày:

Tên viết hoa:

Lựa chọn 2: Công chứng viên

Tiểu bang Washington)

)

Quận _____)

Hồ sơ này đã được thừa nhận trước tôi vào ngày _____ tháng

bởi (tên cá nhân):

Chữ ký:

Chức vụ:

Hết hạn:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Biểu mẫu pháp lý này là một phiên bản trong số nhiều phiên bản có sẵn công khai. Biểu mẫu không nhằm mục đích tư vấn pháp lý. Nếu có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ, vui lòng tham khảo ý kiến từ cố vấn pháp lý của quý vị. (08-2021)

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

Họ và Tên:

Số Hồ Sơ Y Tế:

Ngày Sinh:

/ /

Hai người làm chứng HOẶC một công chứng viên phải chứng kiến tôi ký vào biểu mẫu này để nó có giá trị pháp lý.

Chữ ký của tôi:

YÊU CẦU DÀNH CHO NGƯỜI LÀM CHỨNG HOẶC CÔNG CHỨNG VIÊN

Nếu không có chữ ký của người làm chứng hoặc công chứng thì biểu mẫu này không có giá trị pháp lý.

Lựa chọn 1: Hai người làm chứng

Yêu cầu dành cho người làm chứng:

- Phải từ 18 tuổi trở lên và đủ năng lực.
- Không được có liên hệ với quý vị hoặc đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị về huyết thống, hôn nhân hoặc quan hệ sống chung nhà đã đăng ký với tiểu bang.
- Không phải nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại gia của quý vị hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc tại cơ sở chăm sóc người trưởng thành hoặc cơ sở chăm sóc dài hạn nơi quý vị sống.
- Không phải bất kỳ người nào có yêu cầu đối với bất kỳ phần di sản nào của người kê khai khi người kê khai qua đời vào thời điểm thi hành chỉ dẫn.

Chứng nhận của người làm chứng: Tôi tuyên bố tôi đáp ứng các quy tắc để trở thành người làm chứng.

Chữ ký của **Người làm chứng 1:**

Ngày:

Tên viết hoa:

Chữ ký của **Người làm chứng 2:**

Ngày:

Tên viết hoa:

Lựa chọn 2: Công chứng viên

Tiểu bang Washington)

)

Quận _____)

)

Hồ sơ này đã được thừa nhận trước tôi vào ngày

tháng

bởi (tên cá nhân):

Chữ ký:

Chức vụ:

Hết hạn:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington

Biểu mẫu pháp lý này là một phiên bản trong số nhiều phiên bản có sẵn công khai. Biểu mẫu không nhằm mục đích tư vấn pháp lý. Nếu có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ, vui lòng tham khảo ý kiến từ cố vấn pháp lý của quý vị. (08-2021)

Ghi chú
