

BẢN CHỈ DẪN TRƯỚC VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TIỂU BANG VIRGINIA

Tôi, _____, mong muốn và tự nguyện

Printed Name of Individual Making This Advance Directive for Health Care (Declarant)

(Tên Viết Bằng Chữ In của Người Lập Bản Chỉ Dẫn Trước về Chăm Sóc Sức Khỏe Đây (Người Tuyên Bô))

cho biết các nguyện vọng của tôi trong trường hợp tôi không thể quyết định sáng suốt về việc chăm sóc sức khỏe của tôi, cụ thể là như sau:

(QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯA VÀO BẤT KỲ HOẶC TẤT CẢ CÁC ĐIỀU KHOẢN QUI ĐỊNH TRONG MỤC I VÀ II DƯỚI ĐÂY).

MỤC I: ỦY QUYỀN VÀ CÁC QUYỀN HẠN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA TÔI

(GẠCH BỎ MỤC I NẾU QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN ỦY QUYỀN MỘT NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐỂ RA CÁC QUYẾT ĐỊNH VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO QUÝ VỊ).

A. Chỉ Định Người Đại Diện Của Tôi

Theo đây tôi chỉ định _____

Tên của Người Đại Diện Chính (Name of Primary Agent)

Địa Chỉ Thư Điện Tử (E mail Address)

Địa Chỉ Nhà (Home Address)

Số Điện Thoại (Telephone Number)

đại diện cho tôi để ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe thay mặt cho tôi, theo thẩm quyền được ủy quyền trong tài liệu này.

Nếu người đại diện chính nói trên không thể hoặc không muốn làm đại diện của tôi, thì tôi chỉ định người đại diện kế tiếp có thẩm quyền như vậy:

Tên của Người Đại Diện Kế Tiếp (Name of Successor Agent)

Địa Chỉ Thư Điện Tử (E mail Address)

Địa Chỉ Nhà (Home Address)

Số Điện Thoại (Telephone Number)

Tôi ủy quyền hoàn toàn cho người đại diện của tôi trong việc quyết định các vấn đề về chăm sóc sức khỏe thay mặt cho tôi, như được trình bày ở dưới. Đại diện của tôi sẽ có thẩm quyền này bất kỳ khi nào và cho tới chừng nào tôi còn được thấy là không có khả năng quyết định sáng suốt.

Khi quyết định về các vấn đề chăm sóc sức khỏe thay mặt cho tôi, tôi muốn người đại diện của tôi làm theo các nguyện vọng và sở thích của tôi như đã trình bày trong tài liệu này hoặc qua các nguồn khác mà ông ta hoặc bà ta biết. Nếu đại diện của tôi không thể xác định được là tôi muốn lựa chọn cách chăm sóc sức khỏe nào cho bản thân, thì tôi muốn người đại diện lựa chọn giúp tôi dựa trên những gì ông ta hoặc bà ta tin là có lợi nhất cho tôi.

B. Các Thẩm Quyền của Người Đại Diện

[NẾU QUÝ VỊ CHỈ ĐỊNH MỘT NGƯỜI ĐẠI DIỆN Ở TRÊN, QUÝ VỊ CÓ THỂ GIAO CHO NGƯỜI ĐÓ CÁC THẨM QUYỀN DƯỚI ĐÂY. QUÝ VỊ CÓ THỂ GẠCH BỎ BẤT KỲ THẨM QUYỀN NÀO MÀ QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN GIAO CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN VÀ THÊM CÁC THẨM QUYỀN KHÁC NẾU MUỐN].

Các thẩm quyền của người đại diện của tôi sẽ bao gồm:

1. Chấp thuận hoặc từ chối hoặc hủy bỏ sự chấp thuận đối với bất kỳ dạng chăm sóc sức khỏe nào, trong đó bao gồm nhưng không giới hạn tới hô hấp nhân tạo (máy thở), truyền dinh dưỡng (truyền thức ăn qua ống) và truyền nước (truyền qua IV), và hồi sức tim phổi (CPR). Cụ thể, sự cho phép này bao gồm thẩm quyền chấp thuận cho dùng liều lượng thuốc giảm đau vượt quá mức liều lượng được khuyến cáo ở mức độ đủ để giảm đau. Thẩm quyền này áp dụng ngay cả khi loại thuốc này có nguy cơ gây nghiện hoặc vô tình gây tử vong cho tôi.

2. Yêu cầu, nhận và xem xét bất kỳ thông tin bằng văn bản hoặc bằng miệng nào về sức khỏe thể chất hoặc tâm thần của tôi, trong đó bao gồm nhưng không giới hạn tới hồ sơ y tế hoặc hồ sơ bệnh viện, và đồng ý tiết lộ thông tin này khi cần để thực hiện các chỉ dẫn của tôi như đã nói trong bản chỉ dẫn trước này.
3. Thuê và sa thải các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi.
4. Cho phép tôi nhập viện, chuyển viện hoặc xuất viện từ hoặc tới một bệnh viện, cơ sở chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh nan y, cơ sở điều dưỡng, cơ sở giúp đỡ sinh sống hoặc cơ sở điều trị khác.
5. Cho phép tôi nhập viện vào một cơ sở chăm sóc sức khỏe để điều trị bệnh tâm thần nếu được luật pháp cho phép. (Nếu tôi có các chỉ dẫn khác cho người đại diện về việc điều trị bệnh tâm thần, các hướng dẫn này sẽ được ghi trong tài liệu bổ sung).
6. Tiếp tục làm người đại diện của tôi nếu tôi phản đối thẩm quyền của người đại diện sau khi tôi được thấy là không có năng lực quyết định sáng suốt.
7. Cho phép tôi tham gia bất kỳ cuộc nghiên cứu chăm sóc sức khỏe nào đã được chấp thuận bởi một ủy ban duyệt xét định chế hoặc ủy ban duyệt xét nghiên cứu theo luật tiểu bang hoặc liên bang hiện hành, nếu cuộc nghiên cứu đó có thể mang lại lợi ích trực tiếp cho việc trị liệu của tôi.
8. Cho phép tôi tham gia bất kỳ cuộc nghiên cứu chăm sóc sức khỏe nào đã được chấp thuận bởi ủy ban duyệt xét định chế hoặc ủy ban duyệt xét nghiên cứu theo luật tiểu bang hoặc liên bang hiện hành, nhằm mục đích tăng thêm kiến thức khoa học về bất kỳ căn bệnh nào mà tôi có thể gặp phải hoặc để cải tiến cách thức bảo vệ sức khỏe con người, ngay cả khi việc tham gia đó không mang lại lợi ích trực tiếp cho tôi.
9. Ra các quyết định về việc thăm viếng bất cứ lúc nào tôi nhập viện vào bất kỳ cơ sở chăm sóc sức khỏe nào, theo các chỉ dẫn sau đây:

10. Có các hành động hợp pháp và có thể cần thiết để thực hiện các quyết định này, trong đó bao gồm cả việc miễn trách nhiệm cho các nhà cung cấp dịch vụ y tế.
11. Hiến tặng toàn bộ hoặc một phần cơ thể của tôi cho các nhu cầu cấy ghép bộ phận cơ thể, trị liệu, nghiên cứu hoặc giáo dục.

CÁC THẨM QUYỀN KHÁC, NẾU CÓ: _____

MỤC II: HƯỚNG DẪN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA TÔI

[QUÝ VỊ CÓ THỂ SỬ DỤNG BẤT KỲ HOẶC TẤT CẢ CÁC THÔNG TIN TRONG PHẦN 1, 2 HOẶC 3 CỦA MỤC NÀY ĐỂ CHỈ DẪN VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ, NGAY CẢ KHI QUÝ VỊ KHÔNG CÓ NGƯỜI ĐẠI DIỆN. NẾU QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN ĐƯA RA CHỈ DẪN BẰNG VẤN BÀN, CÁC QUYẾT ĐỊNH SẼ DỰA TRÊN QUAN ĐIỂM VÀ NGUYỆN VỌNG CỦA QUÝ VỊ, NẾU BIẾT, VÀ CÁC QUYỀN LỢI TỐT NHẤT CHO QUÝ VỊ].

1. Tôi cung cấp các chỉ dẫn sau đây trong trường hợp bác sĩ điều trị cho tôi thấy rằng việc tôi sắp qua đời (trong thời gian rất gần) và việc điều trị y tế sẽ không giúp tôi khỏi bệnh:

[CHỈ ĐÁNH DẤU VÀO 1 Ô TRONG PHẦN 1 NÀY].

- Tôi không muốn áp dụng bất kỳ biện pháp điều trị nào để kéo dài sự sống. Điều này bao gồm cả truyền thức ăn bằng ống, truyền IV, hồi sức tim phổi (CPR), máy hô hấp/máy trợ thở (máy thở), thẩm tách thận hoặc dùng thuốc trụ sinh. Tôi hiểu rằng tôi vẫn được điều trị giảm đau và giúp tôi cảm thấy thoải mái. (HOẶC)
- Tôi muốn sử dụng tất cả các biện pháp điều trị kéo dài sự sống càng lâu càng tốt trong phạm vi giới hạn của các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe thường được chấp nhận. Tôi hiểu rằng tôi sẽ được điều trị giảm đau và giúp tôi cảm thấy thoải mái. (HOẶC)
- [QUÝ VỊ CÓ THỂ GHI Ở ĐÂY CÁC HƯỚNG DẪN RIÊNG VỀ VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE KHI QUÝ VỊ SẮP QUA ĐỜI, TRONG ĐÓ BAO GỒM CẢ CÁC HƯỚNG DẪN CỤ THỂ VỀ NHỮNG BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ QUÝ VỊ MUỐN (NẾU THÍCH HỢP VỀ MẶT Y TẾ) HOẶC KHÔNG MUỐN SỬ DỤNG. ĐIỀU QUAN TRỌNG LÀ CÁC CHỈ DẪN CỦA QUÝ VỊ Ở ĐÂY KHÔNG ĐƯỢC MÃU THUẦN VỚI CÁC CHỈ DẪN KHÁC MÀ QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯA RA TRONG BẢN CHỈ DẪN TRƯỚC NÀY].*
-

2. Tôi đưa ra các chỉ dẫn sau đây nếu căn bệnh của tôi khiến tôi không còn biết về bản thân hoặc hoàn cảnh xung quanh tôi hoặc không thể giao tiếp với những người khác, và có lý do hợp lý để tin chắc rằng tôi sẽ không bao giờ phục hồi năng lực hoặc nhận thức này ngay cả khi được điều trị:

[CHỈ ĐÁNH DẤU VÀO 1, Ô TRONG PHẦN 2 NÀY].

- Tôi không muốn áp dụng bất kỳ biện pháp điều trị nào để kéo dài sự sống. Điều này bao gồm cả truyền thức ăn bằng ống, truyền IV, hồi sức tim phổi (CPR), máy hô hấp/máy trợ thở (máy thở), thẩm tách thận hoặc dùng thuốc trụ sinh. Tôi hiểu rằng tôi vẫn được điều trị giảm đau và giúp tôi cảm thấy thoải mái. (HOẶC)
- Tôi muốn sử dụng tất cả các biện pháp điều trị kéo dài sự sống càng lâu càng tốt trong phạm vi giới hạn của các tiêu chuẩn chăm sóc sức khỏe thường được chấp nhận. Tôi hiểu rằng tôi sẽ được điều trị giảm đau và giúp tôi cảm thấy thoải mái. (HOẶC)
- Tôi muốn thử áp dụng các biện pháp điều trị trong một khoảng thời gian nếu có thể làm thuyên giảm căn bệnh của tôi. Tôi gợi ý _____ là khoảng thời gian sau đó nên ngừng điều trị nếu căn bệnh của tôi không thuyên giảm. Khoảng thời gian chính xác sẽ tùy thuộc vào quyết định của người đại diện hoặc người thay thế của tôi sau khi hỏi ý kiến bác sĩ của tôi. Tôi hiểu rằng tôi vẫn được điều trị giảm đau và giúp tôi cảm thấy thoải mái. (HOẶC)
- [QUÝ VỊ CÓ THỂ VIẾT CÁC CHỈ DẪN VỀ VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE Ở ĐÂY NẾU QUÝ VỊ KHÔNG THỂ GIAO TIẾP VỚI NHỮNG NGƯỜI KHÁC VÀ BIẾT TRƯỚC LÀ SẼ KHÔNG PHỤC HỒI LẠI KHẢ NĂNG NÀY. ĐIỀU NÀY BAO GỒM CÁC CHỈ DẪN CỤ THỂ VỀ NHỮNG BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ MÀ QUÝ VỊ MUỐN (NẾU THÍCH HỢP VỀ MẶT Y TẾ) HOẶC KHÔNG*

MUỐN. ĐIỀU QUAN TRỌNG LÀ CÁC CHỈ DẪN CỦA QUÝ VỊ Ở ĐÂY KHÔNG ĐƯỢC MÂU THUẤN VỚI CÁC CHỈ DẪN KHÁC MÀ QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯA RA TRONG BẢN CHỈ DẪN TRƯỚC NÀY].

3. Tôi có chỉ dẫn khác về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi như sau:

[QUÝ VỊ CÓ THỂ TRÌNH BÀY VÀ GHI LẠI CÁC CHỈ DẪN Ở ĐÂY VỀ CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ MÀ QUÝ VỊ MUỐN, NẾU THÍCH HỢP VỀ MẶT Y TẾ, HOẶC CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ MÀ QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT HOẶC TRONG BẤT KỲ TRƯỜNG HỢP NÀO. ĐIỀU QUAN TRỌNG LÀ CÁC CHỈ DẪN CỦA QUÝ VỊ Ở ĐÂY KHÔNG ĐƯỢC MÂU THUẤN VỚI CÁC CHỈ DẪN KHÁC MÀ QUÝ VỊ ĐÃ ĐƯA RA TRONG BẢN CHỈ DẪN TRƯỚC NÀY].

XÁC NHẬN VÀ QUYỀN HỦY BỎ: Khi ký tên dưới đây, tôi xác nhận tôi hiểu tài liệu này và tôi mong muốn và tự nguyện ký tài liệu này. Tôi cũng hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ toàn bộ hoặc bất kỳ phần nào trong tài liệu này vào bất cứ lúc nào theo qui định của luật pháp.

Ngày (Date)

Chữ Ký của Người Xác Nhận (Signature of Declarant)

Người xác nhận ký bản chỉ dẫn trước nói trên trước sự có mặt của tôi. *[CẦN CÓ HAI NGƯỜI LÀM CHỨNG ĐÃ THÀNH NIÊN]*

Chữ Ký của Người Làm Chứng (Witness Signature)

Tên Viết Bằng Chữ In của Người Làm Chứng (Witness Printed)

Chữ Ký của Người Làm Chứng (Witness Signature)

Tên Viết Bằng Chữ In của Người Làm Chứng (Witness Printed)

Mẫu điền này hội đủ các yêu cầu của Đạo Luật Quyết Định về Chăm Sóc Sức Khỏe của Tiểu Bang Virginia (Virginia's Health Care Decisions Act). Nếu quý vị có các câu hỏi pháp lý về mẫu điền này hoặc muốn lập một bản chỉ dẫn khác phù hợp hơn với nhu cầu riêng của quý vị, quý vị nên nói chuyện với luật sư. Quý vị có trách nhiệm cung cấp một bản sao của bản chỉ dẫn trước về chăm sóc sức khỏe của quý vị cho bác sĩ điều trị. Quý vị cũng nên đưa bản sao cho người đại diện của quý vị, họ hàng thân thích và/hoặc bạn bè. Mẫu chỉ dẫn trước này do Hiệp Hội Y Tế và Bệnh Viện Virginia (Virginia Hospital & Healthcare Association) cung cấp để phục vụ nhu cầu của các hội viên và công chúng. (Tháng Ba 2010, www.vhha.com)