

Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe

Tên tôi là _____.

Ngày sinh là _____.

Tôi là người có đủ năng lực ra quyết định. Tôi tự nguyện ký vào bản chỉ thị này. Nếu tôi không thể đưa ra quyết định cho bản thân mình, thì người thân thích, bạn bè, người đại diện và nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi phải tuân thủ đầy đủ từng phần của bản chỉ thị này. Nếu có bất kỳ phần nào của bản chỉ thị này bị vô hiệu thì phần còn lại phải được tuân theo. Tôi rút lại bất kỳ chỉ thị chăm sóc sức khỏe nào tôi đã ký trong quá khứ.

1. Ước Muốn Chăm Sóc Sức Khỏe: Sau đây là các ý nguyện và ưu tiên sẽ định hướng cho tất cả các quyết định được đưa về việc chăm sóc của tôi:

a. Điều khiển cuộc sống của tôi đáng sống.

- ☐ Một số bệnh trạng giai đoạn cuối hoặc nghiêm trọng có khả năng khiến cho tôi không **bao giờ** còn làm được những việc khiến cho cuộc sống của tôi đáng sống đối với tôi. Trong trường hợp đó, tôi muốn quý vị dừng tất cả các hoạt động điều trị, ngoại trừ chăm sóc an dưỡng, giảm đau và chăm sóc giảm nhẹ nếu tôi **không còn có thể**:

- ☐ Nhận ra những người bạn thân và gia đình mình theo bất kỳ cách nào có ý nghĩa

- ☐ Hoạt động thể chất

- ☐ Ở ngoài trời

- ☐ Đọc

- ☐ Xem chương trình truyền hình/phim ảnh

Làm các việc sau:

Health Care Directive

My name is _____.

My birth date is _____.

I am a person with decision-making capacity. I voluntarily sign this directive. If I cannot make decisions for myself, my relatives, friends, agents, and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the rest should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

1. Health Care Values: The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

a. What makes my life worth living.

Some terminal or serious conditions may stop me from **ever** doing the things that make life worth living for me. In that situation, I want you to stop all treatment except comfort care, pain relief and palliative care if I **cannot ever again**:

Recognize my close friends and family in any meaningful way

Exercise

Be outdoors

Read

Watch tv shows/movies

Do the following:

- ☐ Khác:
- _____
- _____
- _____
- ☐ Cuộc sống luôn đáng sống. Hãy làm tất cả những gì có thể để giữ cho tôi tiếp tục được sống.

b. Hy vọng của tôi. Trong những ngày cuối đời của mình, tôi hy vọng được dành thời gian của mình:

- ☐ Với những người bạn thân và gia đình mình:

- ☐ Với các món đồ an ủi và/hoặc thú cưng sau:

- ☐ Ăn/uống các món sau, nếu có thể:

- ☐ Nghe nhạc như sau:

- ☐ Khác:

c. Kiểm Soát Đau. Thuốc dùng để điều trị cơn đau thường có tác dụng phụ là gây buồn ngủ và giảm sự minh mẫn. Trong những ngày cuối đời của mình, tôi hy vọng có thể cân bằng giữa việc kiểm soát đau và sự tỉnh táo về tâm trí theo cách sau:

- ☐ Tôi hy vọng thời gian còn lại của mình chịu ít đau hết sức có thể, ngay cả khi tôi không được minh mẫn.

- ☐ Tôi sẵn sàng chịu đựng mức độ đau đớn sau đây với hy vọng được minh mẫn hơn:

Other:

Life is always worth living. Do everything you can to keep me alive.

b. My hopes. In my last days, I hope to spend my time:

With my close friends and family:

With the following comfort items and/or pets:

Eating/drinking the following items, if possible:

Listening to the following music:

Other:

c. Pain Management. Medications used to treat pain often come with the side effect of drowsiness and decreased mental clarity. In my last days, I hope to balance pain management and mental clarity in this way:

I hope to spend my time in as little pain as possible, even if I'm not mentally clear.

I am willing to tolerate the following level of pain in the hopes of having more mental clarity:

☐ 1 = Đau đớn mà tôi thấy không đáng kể	1 = Pain I hardly notice
☐ 2 = Đau đớn mà tôi có nhận thấy nhưng không làm gián đoạn hoạt động thường nhật	2 = Pain I notice but does not interfere with activities
☐ 3 = Đau đớn đủ để đôi khi làm tôi xao nhãng	3 = Pain that sometimes distracts me
☐ 4 = Đau đớn đủ để làm tôi xao nhãng, nhưng tôi có thể thực hiện các hoạt động thường nhật	4 = Pain that distracts me, but I can do usual activities
☐ 5 = Đau đớn đủ để làm gián đoạn một số hoạt động	5 = Pain interrupts some activities
☐ 6 = Đau đớn không thể bỏ qua, tôi phải tránh làm các hoạt động thường nhật	6 = Pain is hard to ignore, I avoid usual activities
☐ 7 = Đau đớn là trọng điểm chú ý của tôi, ngăn tôi không thể thực hiện các hoạt động thường nhật	7 = Pain is my focus of attention, prevents daily activities
☐ 8 = Đau đớn tồi tệ, tôi khó có thể làm bất kỳ việc gì	8 = Pain is awful, it's hard to do anything
☐ 9 = Đau đớn không thể chịu đựng nổi, tôi không thể làm bất kỳ việc gì	9 = Pain is unbearable, I'm unable to do anything
☐ 10 = Đau đớn hết mức mà tôi có thể tưởng tượng được. Minh mẫn tối đa là điều quan trọng nhất.	10 = Pain as severe as I can imagine. Maximum mental clarity is the most important.
d. Nỗi sợ của tôi. Có nhiều tình huống hoặc phương pháp điều trị khiến tôi cảm thấy quan ngại và tôi muốn ngăn không cho hoặc tránh thực hiện nếu được. ☐ Tôi sợ (ví dụ: khó thở, khát nước, cảm giác nghẹt thở, buồn nôn, đau đầu): _____. Hãy làm mọi thứ có thể để giúp tôi loại bỏ cảm giác đó thông qua dịch vụ chăm sóc an dưỡng. ☐ Tôi không muốn dành hết tiền dành dụm cả đời cho căn bệnh cuối cùng của mình. Hãy cung cấp cho tôi dịch vụ an dưỡng ít tốn kém nhất cho việc chăm sóc cuối đời của tôi.	d. My fears. There are situations or treatments I am concerned about and want to prevent or avoid if possible. I have a fear of (examples: shortness of breath, thirst, choking sensation, nausea, headaches): _____. Please do everything possible to relieve me of that feeling through comfort care. I don't want to spend our life savings on my final illness. Please provide the least costly comfort care for my end-of-life care.

☐ Khác: _____

e. Nơi tôi muốn có mặt. Tôi muốn nhận dịch vụ chăm sóc ở (những) nơi sau nếu có thể:

- ☐ Nhà của tôi
- ☐ Cơ sở an dưỡng cuối đời
- ☐ Cơ sở sinh hoạt có trợ giúp
- ☐ Mái ấm gia đình dành cho người lớn
- ☐ Cơ sở điều dưỡng
- ☐ Bệnh viện
- ☐ Tôi biết rằng có thể tôi sẽ không nhận được dịch vụ chăm sóc tại nơi mình mong muốn do nhu cầu và hoàn cảnh của tôi vào thời điểm đó. Tôi tin tưởng (những) người đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe của mình và biết rằng họ sẽ đưa ra quyết định tốt nhất cho tôi sau khi cân nhắc đến các ước muốn của tôi và tham vấn những người thân và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc của tôi.
- ☐ Khác: _____

f. Những điều khác cần biết về tôi:

- ☐ Tôi muốn bạn bè và gia đình mình được thông báo về tình trạng của tôi và có cơ hội thăm tôi để nói lời từ biệt.
- ☐ Tôi muốn được giữ cho tiếp tục sống thêm một khoảng thời gian ngắn nếu cần để bạn bè và gia đình của tôi có thời gian đi lại và nói lời từ biệt.

Other: _____

e. Where I want to be. I would like to receive care in the following place/s if possible:

My home

Hospice care

An assisted living facility

An adult family home

A nursing home

A hospital

I know that it may not be possible for me to receive care where I want, given my needs and circumstances at the time. I trust my healthcare decision-maker/s and know that they will make the best decisions for me after considering my values, and consulting with my loved ones and care providers.

Other: _____

f. Other things to know about me:

I would like my friends and family to be notified of my condition and given an opportunity to visit me to say goodbye.

I would like to be kept alive for a short period of time if needed to allow friends and family time to travel and say goodbye.

☐ Nếu có thể, tôi muốn được nhìn ra ngoài cửa sổ hoặc ngắm nhìn khung cảnh thiên nhiên trong những ngày cuối cùng của mình.

☐ Truyền thống tôn giáo hoặc văn hóa của tôi yêu cầu thực hiện những tập tục sau đối với việc chăm sóc sức khỏe và chăm sóc cuối đời:

☐ Khác: _____

If possible, I would like to be able to look out a window or see nature during my last days.

My religious or cultural traditions require the following practices around health care and end of life care:

Other: _____

2. Bệnh Giai Đoạn Cuối Hoặc Tình Trạng Mất Ý Thức Vĩnh Viễn. Nếu bác sĩ điều trị của tôi chẩn đoán tôi mắc bệnh trạng giai đoạn cuối hoặc có hai bác sĩ xác định rằng tôi đang ở trong tình trạng mất ý thức vĩnh viễn, và nếu (các) bác sĩ của tôi xác định rằng việc điều trị duy trì sự sống chỉ có tác dụng kéo dài quá trình hấp hối bằng phương thức nhân tạo, thì tôi muốn:

a. Dịch Vụ Chăm Sóc An Dưỡng và Thuốc Giảm Đau.
(đánh dấu vào một ô)

☐ Nếu tôi có dấu hiệu bị đau hoặc khó chịu, thì tôi muốn được điều trị và dùng thuốc men để tôi cảm thấy thoải mái, ngay cả khi các nhà cung cấp dịch vụ y tế của tôi tin rằng điều đó sẽ vô tình làm cái chết của tôi đến nhanh hơn.

2. Terminal Illness or Permanent Unconscious Condition. If my attending physician diagnoses me with a terminal condition or two physicians determine that I am in a permanent unconscious condition, and if my physician/s determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, I want:

a. Comfort Care and Pain Medication.
(check one)

If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

- ☐ Tôi không muốn điều trị và dùng thuốc để giúp tôi thoải mái nếu chúng có thể khiến tôi chóng chết. Hãy làm tất cả những gì có thể để cho tôi được sống tiếp cho dù có khiến tôi bị đau đớn. Xin hãy vui lòng sử dụng các liệu pháp kiểm soát đau mà không khiến tôi chóng chết.

b. Hỗ Trợ Sự Sống Nhân Tạo. (đánh dấu vào một ô)

- ☐ Xin hãy sử dụng mọi liệu pháp để kéo dài quá trình chết một cách nhân tạo hoặc duy trì tình trạng bất tỉnh vĩnh viễn cho tôi.
- ☐ Việc điều trị sau đây phải được **dừng** hoặc **rút lại** cho tôi sau (khoảng thời gian)

_____ (đánh dấu vào tất cả những câu thích hợp):

- ☐ Dinh dưỡng nhân tạo
- ☐ Thủy dưỡng nhân tạo
- ☐ Hô hấp nhân tạo (máy thở)
- ☐ Hồi Sức Tim Phổi (Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)), bao gồm thông khí nhân tạo, thuốc điều hoà tim, thuốc lợi tiểu, chất kích thích hoặc bất kỳ biện pháp điều trị suy tim nào khác
- ☐ Phẫu thuật để kéo dài cuộc sống của tôi và giữ mạng sống cho tôi
- ☐ Thẩm tách máu hoặc lọc máu do mất chức năng thận
- ☐ Truyền máu để thay thế máu bị mất hoặc bị nhiễm bẩn
- ☐ Thuốc dùng để kéo dài cuộc sống, không phải để kiểm soát cơn đau
- ☐ Bất kỳ biện pháp điều trị y tế nào khác được sử dụng để kéo dài cuộc sống của tôi hoặc giữ cho tôi sống nhân tạo

I don't want treatment and medications to make me comfortable if those treatments and medications might hasten my death. Do everything possible to keep me alive even if I am in pain. Please use pain management methods that will not hasten my death.

b. Artificial Life Support. (check one)

Please use all treatment options to artificially prolong the process of dying or sustain me in a permanent unconscious condition.

The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me after (period of time) _____ (check all that apply):

Artificial nutrition

Artificial hydration

Artificial respiration (ventilator)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure

Surgery to prolong my life or keep me alive

Blood dialysis or filtration for lost kidney function

Blood transfusion to replace lost or contaminated blood

Medication used to prolong life, not for controlling pain

Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially

3. Sau Khi Tôi Qua Đời

a. Nội tạng, bộ phận cơ thể, và mô

- ☐ Tôi muốn hiến tạng, bộ phận cơ thể và mô.
(*Hướng dẫn cụ thể, nếu có*):

- ☐ Tôi không muốn hiến tạng, bộ phận cơ thể và mô.

b. Giáo dục hoặc nghiên cứu y khoa

- ☐ Tôi đồng ý sử dụng toàn bộ hoặc một phần cơ thể của mình cho mục đích giáo dục hoặc nghiên cứu y khoa.
- ☐ Tôi **không** đồng ý sử dụng toàn bộ hoặc một phần cơ thể của mình cho mục đích giáo dục hoặc nghiên cứu y khoa.

c. Khám nghiệm tử thi

- ☐ Tôi đồng ý cho phép khám nghiệm tử thi.
- ☐ Tôi **không** đồng ý cho phép khám nghiệm tử thi.

d. Trả xác và hài cốt

- ☐ Khi tôi qua đời, xác và hài cốt của tôi có thể được trao trả cho những người sau đây: (*Họ tên và thông tin liên hệ*):

3. After Death

a. Organs, body parts, and tissues

I want to donate organs, body parts, and tissues. (*Specific instructions, if any*):

I don't want to donate organs, body parts, and tissues.

b. Medical education or research

I consent to use all or part of my body for medical education or research.

I **don't** consent to use all or part of my body for medical education or research.

c. Autopsy

I consent to an autopsy.

I **don't** consent to an autopsy.

d. Releasing my body and remains

Upon my death, my body and remains can be released to the following person/s: (*Name/s and contact information*):

4. Cơ Sở Chăm Sóc Sức Khỏe. Nếu tôi được nhập viện hoặc cơ sở y tế khác mà sẽ không tuân theo chỉ thị này vì lý do tôn giáo hoặc các tín ngưỡng khác: (1) việc tôi chấp thuận nhập viện không ngụ ý chấp thuận điều trị, và (2) tôi muốn được chuyển ngay khi có thể đến bệnh viện hoặc cơ sở y tế khác mà sẽ tuân theo chỉ thị của tôi.

5. Thay Đổi Và Hủy Bỏ. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi từ ngữ trong chỉ thị này trước khi tôi ký. Tôi cũng hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ chỉ thị này vào bất kỳ thời điểm nào.

4. Health Care Institutions. If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

5. Changes and Cancellation. I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can cancel this directive at any time.

Ngày: _____

►

Chữ ký của tôi (trước mặt công chứng viên hoặc nhân chứng)

← Date

← My signature (in front of a notary or witnesses)

Notarization (preferred) (Công chứng (tùy chọn ưu tiên))

State of Washington (Tiểu Bang Washington)

County of (Hạt) _____

Signed or attested before me on (date)

(Đã ký hoặc chứng thực trước mặt tôi vào (ngày))

by (name) / (bởi (họ tên)) _____.

►

Signature of Notary (Chữ ký của Công Chứng Viên)

Notary Public for the State of Washington.
(Dịch Vụ Công Chứng Của Tiểu Bang Washington.)

My commission expires (Phận sự của tôi kết thúc vào)

Lời Khai Của Nhân Chứng (chỉ áp dụng nếu quý vị không tìm được dịch vụ công chứng)

Vào (ngày) _____, (họ tên) _____ đã ký vào Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe này trước sự chứng kiến của tôi. Họ là người tôi quen biết hoặc đã cung cấp bằng chứng về danh tính. Tôi tin rằng họ có khả năng đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe.

- Tôi không có quan hệ huyết thống hay hôn nhân với người này.
- Tôi không có quyền thừa kế tiền bạc hoặc tài sản từ người này.
- Tôi không có khiếu nại pháp lý với người này.
- Tôi không phải là bác sĩ chăm sóc cho người này. Tôi không phải nhân viên của bác sĩ, hoặc bất kỳ cơ sở y tế nào nơi người này hiện đang là bệnh nhân.

Nhân Chứng 1



Chữ Ký

Tên Viết Hoa

Địa Chỉ

Điện Thoại

Nhân Chứng 2



Chữ Ký

Tên Viết Hoa

Địa Chỉ

Điện Thoại

**Statement of Witnesses
(only if you cannot find a notary)**

On (date) _____, (name) _____ signed this Health Care Directive in my presence. They are personally known to me or provided proof of identity. I believe they are capable of making health care decisions.

- I am not related to this person by blood or marriage.
- I am not eligible to inherit money or property from this person.
- I do not have a legal claim against this person.
- I am not this person's attending physician. I am not an employee of their physician, or of any health facility where they are a patient.

Witness 1

← Signature

← Print name

← Address

← Phone

Witness 2

← Signature

← Print name

← Address

← Phone

Đính Kèm Chỉ Thị Chăm Sóc Sức Khỏe: Thông tin Liên Lạc**Health Care Directive
Attachment: Contact Info****Thông tin của tôi****My information**

Họ tên của tôi _____

My name

Ngày sinh của tôi _____

My date of birth

Số điện thoại của tôi _____

My phone number

Địa chỉ email của tôi _____

My email address

Địa chỉ gửi thư của tôi _____

My mailing address

Nhà cung cấp dịch vụ y tế chính của tôi _____

My primary care medical provider

Giấy ủy quyền**Power of attorney**

- ☐ Tôi có **Giấy Ủy Quyền Dài Hạn** cho phép người khác (“đại diện”) của tôi đưa ra quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu tôi không thể.

I have a **Durable Power of Attorney** form that lets someone else (my “agent”) make health care decisions for me if I am not able.

Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi (nếu có)**My health care agent (if any)**

Tên _____

Name

Mối quan hệ với tôi (Ví dụ: bạn, bạn tình, vợ hoặc chồng, chị em, v.v.) _____

Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

Điện Thoại _____

Phone

Email _____

Email

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi (nếu có)**My alternate health care agent (if any)**

Tên _____

Name

Mối quan hệ với tôi (Ví dụ: bạn, bạn tình, vợ hoặc chồng, chị em, v.v.) _____

Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

Điện Thoại _____

Phone

Email _____

Email

Người đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế thứ 2 của tôi (nếu có)	My 2 nd alternate health care agent (if any)
Tên _____	Name _____
Mối quan hệ với tôi (Ví dụ: bạn, bạn tình, vợ hoặc chồng, chị em, v.v.) _____	Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.) _____
Điện Thoại _____	Phone _____
Email _____	Email _____
Các kế hoạch tiên liệu khác	Other advance planning
Tôi có các tài liệu sau đây về kế hoạch tiên liệu hoặc kế hoạch cuối đời khác (<i>liệt kê các tài liệu</i>): _____ _____ _____ _____ _____	I have the following other documents about advance planning or end-of-life (<i>list document/s</i>): _____ _____ _____ _____ _____