

Lập kế hoạch Chăm sóc Trước

HÃY ĐƯA RA QUYẾT ĐỊNH CHO BẢN THÂN...

Quý vị có quyền đưa ra quyết định ngay bây giờ liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của mình trong tương lai.

Lập kế hoạch Chăm sóc Trước là gì?

Lập kế hoạch Chăm sóc Trước là một quy trình giúp quý vị hiểu về các lựa chọn chăm sóc sức khỏe có thể có trong tương lai. Hãy suy nghĩ về các giá trị và mục tiêu của bản thân và trao đổi với những người gần gũi nhất với quý vị về các lựa chọn của mình. Quý vị cũng có thể đưa ra những mong muốn của mình dưới dạng văn bản phòng trường hợp quý vị mất khả năng tự đưa ra quyết định trong tương lai.

Các quyết định về chăm sóc sức khỏe và quyết định cuối đời của **QUÝ VỊ** có thể là những lựa chọn quan trọng nhất mà quý vị sẽ phải đối mặt trong tương lai. Mọi người được chuẩn bị tốt hơn để đưa ra những quyết định khó khăn trong giai đoạn cuối đời nếu họ hiểu được tình trạng chăm sóc sức khỏe tổng thể của mình. Hãy đặt câu hỏi cho (các) bác sĩ của quý vị về sức khỏe của quý vị.

QUÝ VỊ nên quyết định về loại hình chăm sóc mà quý vị muốn khi quý vị còn có khả năng tự quyết định.

SUY NGHĨ về những điều quý vị muốn được thực hiện cho bản thân.

NÓI CHUYỆN với gia đình và bạn bè của quý vị về việc đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe và quyết định cuối đời. Lập kế hoạch chăm sóc trước chính là việc đưa ra các lựa chọn cho bản thân và trao đổi với gia đình và bạn bè về chăm sóc cuối đời.

HÀNH ĐỘNG Hoàn thành các mẫu đơn đính kèm và chia sẻ với gia đình, bác sĩ, người đại diện chăm sóc sức khỏe và luật sư của quý vị.

Chín vấn đề cần trao đổi với gia đình và bạn bè của quý vị

1. Niềm tin
 2. Tình trạng sức khỏe
 3. Các biện pháp điều trị kéo dài sự sống
 4. Quan điểm về cận tử và cái chết
 5. Mong muốn hiến tạng nội tạng và mô
 6. Sắp xếp tang lễ
 7. Tài liệu về các mong muốn
 8. Chỉ thị Trước và các lựa chọn điều trị của quý vị
 9. (Những) người phát ngôn/(những) người đại diện mà quý vị đã chọn
- Khi phải đưa ra các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị trong tương lai, các cuộc trò chuyện trước sẽ giúp truyền đạt quan điểm và các giá trị của quý vị để những người đại diện của quý vị biết được họ nên đưa ra những quyết định điều trị nào.

Câu hỏi

Thường gặp

Giấy ủy quyền dài hạn về chăm sóc sức khỏe là gì?

Giấy Ủy quyền Dài hạn về Chăm sóc Sức khỏe (DPOA-HC) là tài liệu cho phép quý vị chỉ định một người đại diện chăm sóc sức khỏe để đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe thay cho quý vị khi quý vị không thể tự mình đưa ra quyết định. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể tham khảo ý kiến từ những người chăm sóc của quý vị và đưa ra quyết định về một kế hoạch chăm sóc cho quý vị. Người đại diện của quý vị phải nói cho những người chăm sóc về những gì quý vị sẽ chọn và không chọn để làm phương pháp điều trị.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe là ai?

Người đại diện chăm sóc sức khỏe có thể là một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè, một người mà quý vị tin tưởng hiểu về các giá trị tôn giáo và các giá trị khác của quý vị, và sẵn lòng đưa ra các lựa chọn chăm sóc sức khỏe thay cho quý vị. Đảm bảo rằng người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị hiểu được cảm nhận của quý vị về các lựa chọn chất lượng cuộc sống, việc nằm viện, chăm sóc cuối đời, các phương pháp điều trị thử nghiệm hoặc phương pháp điều trị kéo dài sự sống. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị phải thực hiện theo các mong muốn của quý vị. Những người chăm sóc của quý vị phải tôn trọng những lựa chọn mà người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị quyết định thực hiện thay cho quý vị.

Giấy ủy quyền về chăm sóc sức khỏe khác với giấy ủy quyền thông thường như thế nào?

Giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe **CHỈ** bao gồm vấn đề chăm sóc sức khỏe. Giấy ủy quyền thông thường bao gồm các vấn đề tài chính và các quyết định về tài sản. Quý vị có thể chọn cùng một người đại diện cho tất cả các vấn đề của mình, nhưng điều quan trọng là phải sử dụng một văn bản/chỉ thị riêng biệt cho việc chăm sóc sức khỏe vì bác sĩ, bệnh viện của quý vị và những người khác sẽ cần đến các bản sao.

Làm thế nào để bắt đầu cuộc trao đổi về các chỉ thị trước và chỉ thị cuối đời?

Nói về những vấn đề này có thể không dễ dàng; có thể có sự phản đối, thậm chí từ chối. Nhiều người không thoải mái khi nói về cuộc sống trong giai đoạn cuối đời. Bắt đầu cuộc trò chuyện bằng cách nói với những người thân của quý vị rằng điều này là quan trọng đối với quý vị. Cuối cùng thì ai cũng sẽ phải chết. Quý vị đã suy nghĩ về các loại hình điều trị mình muốn và quý vị muốn chia sẻ những suy nghĩ của mình với bọn họ. Nếu những người thân phải đưa ra quyết định thay cho quý vị thì điều đó có thể sẽ khó khăn, nhưng việc trao đổi về các lựa chọn của quý vị ngay bây giờ có thể sẽ giúp họ.



Chúng tôi cảm ơn Kansas Health Ethics, Inc. (hiện đã đóng cửa) vì những nỗ lực của họ trong việc xây dựng tài liệu này và các tài liệu khác. Để biết thêm thông tin về việc nhận các bản sao của tài liệu này, hãy liên hệ với

Tổ chức Giáo dục & Nghiên cứu Y tế Wichita 316-686-7172

hoặc

tcarter@wichitamedicalresearch.org

www.wichitamedicalresearch.org

Sứ mệnh của WMREF là thúc đẩy các nỗ lực nghiên cứu, giáo dục và cộng đồng nhằm cải thiện sức khỏe của người dân Kansas.

GIẤY ỦY QUYỀN DÀI HẠN VỀ QUYẾT ĐỊNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE

QUYẾT ĐỊNH CHỈ ĐỊNH NGƯỜI KHÁC ĐẠI DIỆN THAY TÔI

Tôi, (tên quý vị) _____ (ngày sinh) _____, chỉ định (những) người sau đây đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe thay tôi khi tôi không có khả năng thực hiện hoặc truyền đạt mong muốn của mình:

Người đại diện không được là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang điều trị, nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang điều trị, hoặc nhân viên, chủ sở hữu, giám đốc hoặc viên chức của một cơ sở, trừ khi người đó là họ hàng hoặc ràng buộc với quý vị bởi những lời thề tôn giáo.

VUI LÒNG VIẾT IN HOA:

Tên của Người đại diện: _____ Điện thoại _____ Điện thoại _____

Địa chỉ của Người đại diện: _____ Thành phố _____ Tiểu bang/Mã Zip _____

Tên của Người đại diện Thứ nhất: _____ Điện thoại _____ Điện thoại _____

Địa chỉ của Người đại diện: _____ Thành phố _____ Tiểu bang/Mã Zip _____

Tên của Người đại diện Thứ hai: _____ Điện thoại _____ Điện thoại _____

Địa chỉ của Người đại diện: _____ Thành phố _____ Tiểu bang/Mã Zip _____

Giấy ủy quyền về quyết định chăm sóc sức khỏe này sẽ có hiệu lực khi tôi không có khả năng đưa ra quyết định hoặc không có khả năng truyền đạt mong muốn của mình về việc chăm sóc sức khỏe. Giấy ủy quyền về quyết định chăm sóc sức khỏe này sẽ không bị ảnh hưởng bởi tình trạng khuyết tật hoặc mất năng lực sau này của tôi. Qua đây, mọi giấy ủy quyền dài hạn về quyết định chăm sóc sức khỏe mà tôi đã đưa ra trước đây đều bị thu hồi.

CÁC QUYỀN ĐƯỢC CẤP

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi được quyền:

1. Chấp thuận, từ chối chấp thuận, hoặc rút lại chấp thuận đối với bất kỳ việc chăm sóc, điều trị, dịch vụ hoặc thủ thuật nào để duy trì, chẩn đoán hoặc điều trị cho một tình trạng thể chất hoặc tâm thần;
2. Sắp xếp mọi việc cho tôi tại bất kỳ bệnh viện, cơ sở điều trị, cơ sở chăm sóc cuối đời, viện dưỡng lão hoặc cơ sở tương tự nào;
3. Thuê hoặc ngừng thuê các nhân viên chăm sóc sức khỏe bao gồm bác sĩ, bác sĩ tâm thần, nha sĩ, y tá, chuyên gia trị liệu hoặc những người khác giúp điều trị cho tôi;
4. Yêu cầu, nhận và xem xét bất kỳ thông tin nào, bằng lời nói hoặc bằng văn bản, liên quan đến các vấn đề cá nhân của tôi hoặc sức khỏe thể chất hoặc sức khỏe tâm thần bao gồm các hồ sơ y tế và hồ sơ của bệnh viện, và thực hiện bất kỳ việc tiết lộ thông tin hoặc tài liệu nào khác có thể được yêu cầu để có được thông tin đó; và
5. Đưa ra quyết định về việc hiến tặng nội tạng và mô, khám nghiệm tử thi và xử lý cơ thể của tôi.

Người đại diện của tôi sẽ ủy quyền chấp thuận đối với các hướng dẫn đặc biệt sau:

Tôi mong muốn trở thành một người hiến tặng nội tạng và mô. Tôi đã đính kèm thông tin về các lựa chọn điều trị mà tôi mong muốn người đại diện của tôi sẽ tôn trọng thực hiện. _trang đính kèm.

HẠN CHẾ ĐỐI VỚI CÁC QUYỀN ĐƯỢC CẤP

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi không được:

1. Vượt quá các quyền được quy định bằng văn bản trong tài liệu này; hoặc
2. Thu hồi bất kỳ Tuyên bố Ý nguyện Điều trị nào hiện tại mà tôi có thể có.

X _____ ngày
chữ ký _____

Công chứng viên:

Dấu công chứng:

TIỂU BANG _____ QUỐC GIA _____

Tài liệu này được xác nhận trước mặt tôi vào ngày _____ của _____ (tháng, năm)

Chữ ký của Công chứng viên _____

hoặc

Nhân chứng: (nhân chứng không được là người đại diện hoặc họ hàng, hoặc người thụ hưởng của người ủy quyền)

X _____
(Chữ ký)

Ngày: _____

X _____
(Chữ ký)

Ngày: _____



Tài liệu này dựa trên Quy chế Kansas được Chú thích, (58-625 đến 632) Các biểu mẫu và thông tin bổ sung được cung cấp thông qua

Tổ chức Giáo dục & Nghiên cứu Y tế Wichita 3306 E. Central,
Wichita, KS 67208
316-686-7172

www.wichitamedicalresearch.org

Tái bản 10/2011

BẢN QUYỀN 2011

TUYÊN BỐ Ý NGUYỆN ĐIỀU TRỊ

Đạo luật về Chết Tự nhiên của Kansas

Tôi, _____ với trí óc minh mẫn, sẵn lòng và tự nguyện bày tỏ mong muốn của mình rằng việc hấp hối của tôi sẽ không cần được kéo dài thông qua các biện pháp nhân tạo trong các hoàn cảnh được nêu dưới đây, qua văn bản này xin tuyên bố:

Nếu bất cứ khi nào tôi bị thương, mắc bệnh không thể cứu chữa được, hoặc bệnh được hai bác sĩ đã trực tiếp khám cho tôi xác nhận là bệnh nan y giai đoạn cuối, một trong số họ là bác sĩ chăm sóc của tôi, và các bác sĩ đã xác định rằng tôi sẽ chết dù có hoặc không sử dụng các thủ thuật duy trì sự sống và việc áp dụng các thủ thuật duy trì sự sống chỉ nhằm mục đích kéo dài quá trình hấp hối thông qua các biện pháp nhân tạo, tôi chỉ thị xin từ chối hoặc

thu hồi các thủ thuật đó, và tôi sẽ được chết một cách tự nhiên mà chỉ dùng thuốc hoặc chỉ thực hiện thủ thuật y tế nào được cho là cần thiết để tạo sự thoải mái cho tôi.

Trong trường hợp tôi không có khả năng đưa ra các chỉ thị liên quan đến việc sử dụng các thủ thuật kéo dài sự sống đó, ý muốn của tôi là bản tuyên bố này sẽ được gia đình và (các) bác sĩ của tôi tôn trọng như là sự biểu đạt cuối cùng về quyền hợp pháp của tôi để từ chối các biện pháp điều trị y tế hoặc phẫu thuật và chấp nhận hệ quả từ việc từ chối đó.

Tôi hiểu đầy đủ ý nghĩa của bản tuyên bố này và tôi có đủ năng lực về mặt tinh thần và cảm xúc để đưa ra quyết định này. Mọi tuyên bố Ý nguyện Điều trị mà tôi đã đưa ra trước đây đều bị thu hồi.

Tuyên bố được thực hiện vào _____ (ngày) của _____ (tháng, năm)

Chữ ký:

X _____ Ngày sinh _____

Địa chỉ: _____
đường phố _____ thành phố _____ tiểu bang _____ mã zip _____

Tài liệu này phải được làm chứng bởi hai cá nhân *hoặc* được công chứng viên chứng thực.

Công chứng viên:

Dấu công chứng:

TIỂU BANG _____ QUỐC GIA _____

Tài liệu này được xác nhận trước mặt tôi vào ngày _____ của _____ (tháng, năm)

Chữ ký của Công chứng viên _____

hoặc

Nhân chứng:

Tôi có mối quan hệ quen biết cá nhân với người tuyên bố và tôi tin rằng người này có trí óc minh mẫn. Tôi đã không ký chữ ký của người tuyên bố ở trên theo chỉ đạo của người tuyên bố. Tôi không có quan hệ huyết thống hay hôn nhân với người tuyên bố, không được hưởng bất kỳ phần tài sản nào của người tuyên bố theo luật kế thừa hoặc theo bất kỳ di chúc nào của người tuyên bố hay bản di chúc bỏ sung, hoặc chịu trách nhiệm trực tiếp về việc chăm sóc y tế của người tuyên bố.

Tên: _____

Tên: _____

Địa chỉ: _____

Địa chỉ: _____

Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____

Thành phố, Tiểu bang, Zip: _____



Tài liệu này dựa trên Quy chế Kansas được Chú thích 65-28,101 và các trang mục tiếp theo như đã được sửa đổi Các biểu mẫu và thông tin bổ sung được cung cấp thông qua

Tổ chức Giáo dục & Nghiên cứu Y tế Wichita 3306 E. Central, Wichita, KS 67208
316-686-7172

www.wichitamedicalresearch.org

Tái bản 9/2011

BẢN QUYỀN 2011

Hiển tặng Nội tạng và Mô

Chia sẻ quyết định của quý vị với gia đình mình về mong muốn của quý vị đối với việc hiển tặng nội tạng hoặc mô.

Ký vào giấy phép lái xe và/hoặc phiếu hiển tặng là một cách bổ sung để bày tỏ ý kiến của quý vị.

Vào thời điểm quý vị qua đời, gia đình quý vị sẽ được hỏi về việc hiển tặng.

Hãy chắc chắn rằng người thân/gia đình hợp pháp của quý vị biết về việc quý vị muốn trở thành một người hiển tặng.

Cấy ghép thường là hy vọng duy nhất cho hàng ngàn người bị suy nội tạng hoặc cần đến giác mạc, da, xương hoặc các mô khác.

Để biết thêm thông tin, hãy liên hệ: Midwest Transplant Network (Mạng lưới Cấy ghép Trung Tây), 1035 N. Emporia, Ste 100, Wichita, KS 67214, (316) 262-6225

CHỈ THỊ ĐIỀU TRỊ

Một số người muốn đưa ra chỉ thị (mong muốn) của họ bằng văn bản để gia đình và bạn bè của họ biết họ muốn làm gì. Đây là phần đính kèm bổ sung cho các tài liệu pháp lý của quý vị.

Những dòng sau đây là để quý vị viết ra những mong muốn điều trị của bản thân.

Vui lòng ghi ngày và đính kèm vào Giấy Ủy quyền Dài hạn về Quyết định Chăm sóc Sức khỏe của quý vị.

Chữ ký: _____

Ngày: _____

Công chứng viên:

TIỂU BANG

QUỐC GIA _____

Tài liệu này được xác nhận trước mặt tôi

vào ngày của ___ (tháng, năm)

Chữ ký của Công chứng viên: _____

hoặc

Nhân chứng: (nhân chứng không được là người đại diện hoặc họ hàng, hoặc người thụ hưởng của người ủy quyền)

X _____
(Chữ ký)

Ngày: _____

X _____
(Chữ ký)

Ngày: _____

Các biểu mẫu có trong tờ thông tin này là các tài liệu pháp lý.

Các biểu mẫu có trong tờ thông tin này là các tài liệu pháp lý. Quý vị không cần đến luật sư để hoàn thành các tài liệu này nhưng có nhiều người làm việc này cùng với luật sư khi họ hoàn thành di chúc hoặc ủy thác của mình. Hãy liên hệ với Tổ chức Giáo dục & Nghiên cứu Y tế Wichita theo số (316) 686- 7172 nếu quý vị có thắc mắc và muốn được trợ giúp về các tài liệu trong tờ thông tin này.

Sau khi hoàn thành các tài liệu: Giấy Ủy quyền Dài hạn về Quyết định Chăm sóc Sức khỏe hoặc Ý nguyện Điều trị:

Khi quý vị ký các tài liệu này, hãy đảm bảo rằng chúng được làm chứng HOẶC được công chứng. Nếu quý vị ký chỉ thị trước, hãy tạo ít nhất năm bản sao tài liệu của quý vị và đưa chúng cho (những) người đại diện chăm sóc sức khỏe, (các) bác sĩ, luật sư, nhà lãnh đạo tinh thần của quý vị hoặc bất kỳ người nào khác có thể liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe của quý vị. Đảm bảo rằng người đại diện, gia đình và bạn bè của quý vị biết nơi lưu giữ tài liệu của quý vị. Hãy giữ bản gốc tài liệu ở một nơi an toàn và một bản sao ở nơi dễ tìm thấy và tạo thêm các bản sao nếu cần. Việc chuẩn bị sẵn một bản sao khi cần là việc quý vị cần làm – chứ không phải là việc của bác sĩ.

Hãy mang theo một bản sao khi quý vị vào bệnh viện, viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc cuối đời hoặc cơ sở chăm sóc khác. Wichita Medical Research sẽ không giữ bản sao tài liệu của quý vị trong hồ sơ.

Bản sao của các tài liệu pháp lý có hiệu lực tương tự như bản gốc.

Các biểu mẫu này đã được xét duyệt bởi: Hiệp hội Y khoa của Quận Sedgwick Hiệp hội Y tá Tiểu bang Kansas, Quận Sáu

Sử dụng khoảng trống sau để liệt kê những người mà quý vị đã cung cấp bản sao:

HỌ TÊN: _____

HỌ TÊN: _____

HỌ TÊN: _____

HỌ TÊN: _____

HỌ TÊN: _____

HỌ TÊN: _____

HỌ TÊN: _____

HỌ TÊN: _____