

BẢN CHỈ DẪN TRƯỚC VỀ Y TẾ VIRGINIA

Tôi, _____, chú ý và tự nguyện truyền đạt lại các nguyện vọng của tôi trong trường hợp tôi không có năng lực ra quyết định sáng suốt, cụ thể như sau:

Tôi hiểu rằng bản chỉ dẫn trước (*advance directive*) của tôi có thể bao gồm phần lựa chọn người đại diện ngoài các lựa chọn của tôi về chăm sóc sức khỏe. Từ “*chăm sóc sức khỏe*” có nghĩa là: cung cấp dịch vụ cho bất kỳ cá nhân nào để nhằm mục đích ngăn ngừa, giảm nhẹ, chữa khỏi hoặc chữa lành bệnh tật, thương tích hoặc tình trạng khuyết tật của con người, trong đó bao gồm nhưng không giới hạn tới thuốc men; giải phẫu; truyền máu; hóa học trị liệu; phóng xạ trị liệu; nhập viện, vào cơ sở điều dưỡng, cơ sở sinh sống có người trợ giúp, hoặc cơ sở chăm sóc sức khỏe khác; điều trị tâm thần hoặc điều trị sức khỏe tâm thần khác; và các thủ thuật kéo dài sự sống và cũng như chăm sóc giảm nhẹ lúc cuối đời.

Cụm từ “*không đủ năng lực ra quyết định sáng suốt*” có nghĩa là: không có khả năng hiểu được tính chất, mức độ và các hậu quả có thể xảy ra của một quyết định đề xuất về việc chăm sóc sức khỏe; không thể đánh giá hợp lý các rủi ro và lợi ích của quyết định chăm sóc sức khỏe được đề nghị so với các rủi ro và lợi ích của các lựa chọn thay thế cho quyết định đó; hoặc không thể truyền đạt lại sự hiểu biết đó theo bất kỳ cách nào.

Bản chỉ dẫn trước này sẽ không chấm dứt trong trường hợp tôi bị khuyết tật.

(QUÝ VỊ CÓ THỂ ĐƯA VÀO TRONG BẢN CHỈ DẪN NÀY BẤT KỲ HOẶC TẤT CẢ CÁC MỤC I TỚI V DƯỚI ĐÂY)

MỤC I: CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN

(GACH BỎ MỤC I VÀ MỤC II DƯỚI ĐÂY NẾU QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN ĐỀ RA CÁC QUYẾT ĐỊNH VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO QUÝ VỊ).

Theo đây, tôi chỉ định người sau đây là đại diện chính của tôi để ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe thay mặt cho tôi, như được cho phép trong tài liệu này:

Tên của Người Đại Diện Chính (<i>Name of Primary Agent</i>)	Điện Thoại (<i>Telephone</i>)	Số fax nếu có (<i>Fax if any</i>)
Địa chỉ (<i>Address</i>)	E-mail nếu có (<i>E-mail if any</i>)	

Nếu đại diện chính có tên ở trên không rành một cách hợp lý để giúp hoặc không thể hoặc không muốn làm đại diện của tôi, thì tôi chỉ định người sau đây làm đại diện kế tiếp:

Tên của Người Đại Diện Kế Tiếp (<i>Name of Successor Agent</i>)	Điện Thoại (<i>Telephone</i>)	Số fax nếu có (<i>Fax if any</i>)
Địa chỉ (<i>Address</i>)	E-mail nếu có (<i>E-mail if any</i>)	

Theo đây, tôi cho người đại diện của tôi nói trên mọi thẩm quyền ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe thay mặt cho tôi như được trình bày dưới đây bất kỳ khi nào tôi được thấy là không đủ năng lực để ra quyết định sau khi đã biết thông tin. Thẩm quyền của người đại diện của tôi có hiệu lực cho tới chừng nào tôi còn có thể ra quyết định sau khi biết thông tin.

Khi có thẩm quyền ra quyết định về chăm sóc sức khỏe thay mặt cho tôi, đại diện của tôi phải theo đúng các nguyện vọng và ưu tiên của tôi như đề cập trong tài liệu này hoặc theo cách khác mà người đại diện của tôi biết. Người đại diện của tôi sẽ dựa trên chẩn đoán và tiên lượng bệnh của tôi và bất kỳ thông tin nào mà bác sĩ của tôi cung cấp liên quan tới việc xâm nhập, đau đớn, rủi ro và các phản ứng phụ liên quan tới việc điều trị hoặc không điều trị. Đại diện của tôi không được ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của tôi mà người đó biết, hoặc sau khi dọ hỏi hợp lý để tìm hiểu, là trái với quan điểm tôn giáo hoặc các giá trị căn bản của tôi, cho dù là tôi thể hiện bằng miệng hoặc bằng văn bản. 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 giùm tôi dựa trên những gì ông ta hoặc bà ta tin là có lợi nhất cho tôi.

Người đại diện của tôi sẽ không chịu trách nhiệm về chi phí chăm sóc sức khỏe mà người đó cho phép, chỉ hoàn toàn dựa trên sự cho phép đó.

MỤC II: THẨM QUYỀN CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN

(GACH BỎ BẤT KỲ THẨM QUYỀN NÀO TRONG MỤC I MÀ QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN ỦY QUYỀN CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ VÀ THÊM BẤT KỲ THẨM QUYỀN HOẶC HƯỚNG DẪN NÀO MÀ QUÝ VỊ MUỐN ỦY QUYỀN CHO NGƯỜI ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ).

Thẩm quyền của người đại diện của tôi sẽ là như sau:

- A. Chấp thuận hoặc từ chối hoặc hủy bỏ sự chấp thuận đối với bất kỳ dạng chăm sóc sức khỏe, điều trị, thủ thuật giải phẫu, thủ thuật chẩn đoán, thuốc men và sử dụng các phương tiện máy móc hoặc các thủ thuật khác tác động tới chức năng của cơ thể, trong đó bao gồm, nhưng không giới hạn tới hô hấp nhân tạo, truyền nước và dinh dưỡng qua đường nhân tạo, và hồi sức tim phổi. Cụ thể, sự cho phép này bao gồm thẩm quyền chấp thuận cho dùng các liều thuốc giảm đau vượt quá mức liều lượng cho phép với số lượng đủ để giảm đau, ngay cả khi loại thuốc đó có nguy cơ gây nghiện hoặc nhanh chóng gây ra cái chết của tôi mà không thể tránh được.
- Thẩm quyền của người đại diện của tôi theo Phụ Mục A sẽ bị giới hạn bởi bất kỳ hướng dẫn cụ thể nào mà tôi đề cập trong Mục IV dưới đây liên quan tới việc chăm sóc sức khỏe của tôi nếu tôi có một căn bệnh nan y.
- B. Đề yêu cầu nhận và xem xét thông tin bằng miệng hoặc văn bản về sức khỏe thể chất hoặc tâm thần của tôi, trong đó bao gồm nhưng không giới hạn tới hồ sơ bệnh án và hồ sơ bệnh viện, và đồng ý cho tiết lộ thông tin đó.
- C. Thuê và sa thải các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi.
- D. Cho phép tôi nhập viện hoặc xuất viện (kể cả chuyển sang cơ sở khác) từ bất kỳ bệnh viện, cơ sở chăm sóc người mắc bệnh nan y, cơ sở điều dưỡng, cơ sở sinh sống có người trợ giúp hoặc cơ sở chữa trị y tế khác. Nếu tôi cho phép nhập viện vào một cơ sở chăm sóc sức khỏe để điều trị bệnh tâm thần, sự cho phép đó được đề cập trong Phụ Mục E và/hoặc F dưới đây.
- E. Để cho phép tôi nhập viện vào một cơ sở chăm sóc sức khỏe để điều trị bệnh tâm thần trong không quá 10 ngày tính theo lịch với điều kiện tôi không phản đối việc nhập viện đó và với điều kiện là bác sĩ làm việc tại y viện hoặc người được ủy quyền của cơ sở nhập viện đề xuất khám cho tôi và ghi vào văn bản rằng tôi có một chứng bệnh tâm thần, và tôi không đủ năng lực ra quyết định sáng suốt về việc nhập viện của tôi, và rằng tôi cần điều trị tại cơ sở đó; và cho phép tôi xuất viện (kể cả việc chuyển sang cơ sở khác).
- F. Để cho phép tôi nhập viện vào một cơ sở chăm sóc sức khỏe để điều trị bệnh tâm thần trong không quá 10 ngày tính theo lịch, **ngay cả khi tôi phản đối**, nếu một bác sĩ làm việc tại đó hoặc người được ủy quyền của cơ sở nhập viện được đề nghị đó khám cho tôi và ghi vào văn bản rằng tôi có một chứng bệnh tâm thần, và tôi không đủ năng lực ra quyết định sáng suốt về việc nhập viện của tôi, và rằng tôi cần điều trị tại cơ sở đó; và cho phép tôi xuất viện (kể cả việc cho tôi chuyển sang cơ sở khác).

(Nếu quý vị cho người đại diện của quý vị các thẩm quyền ghi trong Phụ Mục F, bác sĩ của quý vị phải điền phần chứng thực sau đây.)

Chứng thực của bác sĩ: Tôi là bác sĩ hoặc bác sĩ tâm lý y khoa có giấy phép hành nghề của người khai bảng chỉ dẫn trước này. Theo đây, tôi tin rằng người khai hiện có đủ năng lực để ra quyết định sáng suốt và người khai hiểu các hậu quả của việc đưa ra bản chỉ dẫn trước này.

Chữ Ký của Bác Sĩ (Physician Signature)

Ngày (Date)

Tên của Bác Sĩ viết bằng Chữ In (Physician Name Printed)

- G. Cho phép các dạng chăm sóc sức khỏe sau đây như được đề cập trong bản chỉ dẫn này **ngay cả khi tôi phản đối**.
(Cụ thể là tham chiếu chéo bất kỳ mục thích hợp nào của bản chỉ dẫn trước này).

(Nếu quý vị cho người đại diện của quý vị các thẩm quyền đã trình bày trong Phụ Mục G, bác sĩ của quý vị phải điền mục phần chứng thực sau đây.)

Chứng thực của bác sĩ: Tôi là bác sĩ hoặc bác sĩ tâm lý y khoa có giấy phép hành nghề của người khai bảng chỉ dẫn trước này. Theo đây, tôi tin rằng người khai hiện đủ năng lực để ra quyết định sáng suốt và người khai hiểu các hậu quả của việc đưa ra bản chỉ dẫn trước này.

Chữ Ký của Bác Sĩ (Physician Signature)

Ngày (Date)

Tên của Bác Sĩ viết bằng Chữ In (Physician Name Printed)

- H. Tiếp tục làm người đại diện của tôi ngay cả khi tôi phản đối thẩm quyền của người đại diện cho sau khi tôi được thấy là có đủ năng lực ra quyết định sáng suốt.
- I. 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 tiêu 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.

- J. 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.
- K. 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:

- L. 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.

(Thêm vào dưới đây bất kỳ thẩm quyền nào khác mà quý vị muốn ủy quyền cho người đại diện của mình, các giới hạn mà quý vị áp dụng đối với người đại diện hoặc thông tin khác để hướng dẫn người đại diện của quý vị).

Ngoài ra, tôi đề nghị người đại diện của tôi như sau:

MỤC III: CHỈ DẪN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE

(GẠCH BỎ CÁC PHỤ MỤC A VÀ/HOẶC B DƯỚI ĐÂY NẾU QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN CUNG CẤP THÊM HƯỚNG DẪN CỤ THỂ VỀ VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ).

- A. Cụ thể, tôi đề nghị nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sau đây nếu thích hợp cho sức khỏe tùy theo từng trường hợp theo xác định của bác sĩ điều trị cho tôi:

- B. Cụ thể là tôi yêu cầu không cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sau đây cho tôi trong các tình huống sau:
(Quý vị cũng có thể ghi là việc chọn một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe không được phép cung cấp trong bất kỳ trường hợp nào).

MỤC IV: HƯỚNG DẪN VỀ CHĂM SÓC CUỐI ĐỜI (“DI CHỨC SỐNG LẠP KHI CUỐI ĐỜI”)

(GẠCH BỎ MỤC IV NÀY NẾU QUÝ VỊ KHÔNG MUỐN ĐƯA RA CÁC HƯỚNG DẪN CỤ THỂ VỀ VIỆC CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA QUÝ VỊ NẾU QUÝ VỊ MẮC MỘT CHỨNG BỆNH NAN Y).

Nếu vào bất cứ lúc nào bác sĩ điều trị cho tôi thấy rằng tôi mắc một căn bệnh nan y trong đó việc áp dụng **các thủ thuật kéo dài sự sống** - kể cả thở nhân tạo, hồi sức tim phổi, truyền nước và thức ăn qua đường nhân tạo - sẽ chỉ kéo dài nhân tạo quá trình qua đời của tôi, tôi yêu cầu hủy hoặc rút lại các thủ thuật đó và tôi được phép chết một cách tự nhiên bằng cách chỉ dùng thuốc hoặc thực hiện bất kỳ thủ thuật y khoa nào thấy là cần thiết để giúp tôi cảm thấy dễ chịu hoặc giảm đau. Nếu tôi là người hiến tặng bộ phận cơ thể, mắt hoặc mô (xem Mục V ở dưới), tôi muốn phần chỉ dẫn này áp dụng theo cách đó để bảo đảm mức độ cần thiết về mặt y tế của các bộ phận cơ thể, mắt và mô của tôi cho việc hiến tặng.

Nếu tôi không thể đưa ra chỉ dẫn về việc sử dụng các thủ thuật kéo dài sự sống như thế, tôi muốn bản chỉ dẫn trước này sẽ được gia đình và bác sĩ của tôi chấp hành như là sự thể hiện cuối cùng về quyền hạn pháp lý của tôi trong việc từ chối việc chăm sóc sức khỏe và việc tôi chấp nhận hậu quả của các quyết định từ chối đó.

(Gạch bỏ các Phụ Mục A và/hoặc B dưới đây nếu quý vị không muốn cung cấp thêm chỉ dẫn về việc chăm sóc lúc cuối đời).

A. CÁC CHỈ DẪN KHÁC VỀ CÁC THỦ THUẬT KÉO DÀI SỰ SỐNG

(Nếu quý vị muốn đưa ra các chỉ dẫn riêng về các thủ thuật kéo dài sự sống, hoặc nếu quý vị muốn thêm vào các chỉ thị mà quý vị đã đề cập ở trên, quý vị có thể làm như vậy theo Phụ Mục A này. Nếu quý vị muốn đưa ra các chỉ dẫn cụ thể về một số thủ thuật kéo dài sự sống, ví dụ như hô hấp nhân tạo, hồi sức tim phổi, truyền nước và chất dinh dưỡng qua đường nhân tạo, quý vị nên ghi vào phần này. Nếu quý vị đưa ra các chỉ dẫn cụ thể trong Phụ Mục A, gạch bỏ bất kỳ nội dung nào ở trên trong MỤC IV nếu các hướng dẫn cụ thể sau đây của quý vị là khác).

Tôi chỉ thị rằng:

B. CÁC CHỈ THỊ VỀ VIỆC CHĂM SÓC CHỮA TRỊ KHÔNG PHẢI LÀ THỦ THUẬT KÉO DÀI SỰ SỐNG

(Quý vị có thể ghi ở đây bất kỳ chỉ dẫn nào khác về việc chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị mắc một chứng bệnh nan y ngoài các chỉ dẫn về các thủ thuật kéo dài sự sống đã đề cập trong Phụ Mục A ở trên).

Tôi chỉ thị rằng:

MỤC V: HIẾN TẶNG BỘ PHẬN CƠ THỂ

(QUÝ VỊ CÓ THỂ SỬ DỤNG TÀI LIỆU NÀY ĐỂ GHI LẠI QUYẾT ĐỊNH CỦA QUÝ VỊ VỀ VIỆC HIẾN TẶNG CÁC BỘ PHẬN CƠ THỂ, MÁT VÀ MỖ HOẶC TOÀN BỘ CƠ THỂ CỦA QUÝ VỊ SAU KHI QUÝ VỊ QUA ĐỜI. NẾU QUÝ VỊ KHÔNG GHI QUYẾT ĐỊNH NÀY Ở ĐÂY HOẶC TRONG BẤT KỲ TÀI LIỆU NÀO KHÁC, ĐẠI DIỆN CỦA QUÝ VỊ CÓ THỂ RA QUYẾT ĐỊNH CHỖ QUÝ VỊ TRỪ KHI QUÝ VỊ CÓ YÊU CẦU CỤ THỂ NGHIÊM CẢM NGƯỜI NÀY LÀM NHƯ VẬY. (QUÝ VỊ CÓ THỂ LÀM VIỆC NÀY TRONG TÀI LIỆU NÀY HOẶC TÀI LIỆU KHÁC). ĐÁNH DẤU MỘT TRONG CÁC Ô Ở DƯỚI NẾU QUÝ VỊ MUỐN SỬ DỤNG MỤC NÀY VỀ VIỆC RA QUYẾT ĐỊNH VỀ VIỆC HIẾN TẶNG CỦA QUÝ VỊ).

- Tôi hiến tặng các bộ phận cơ thể, mắt và mô của tôi để sử dụng trong cấy ghép, trị liệu, nghiên cứu và giáo dục. Tôi chỉ thị rằng cần phải áp dụng tất cả các biện pháp cần thiết để bảo đảm mức độ thích hợp về mặt y tế của các bộ phận cơ thể, mắt hoặc mô hiến tặng của tôi. Tôi hiểu rằng tôi có thể đăng ký các chỉ dẫn của tôi tại Sở Giao Thông hoặc trực tiếp trong danh sách người hiến tặng, www.DonateLifeVirginia.org, và tôi có thể sử dụng danh sách người hiến tặng đó để điều chỉnh hoặc hủy bỏ các chỉ dẫn của tôi; **HOẶC**
- Tôi hiến tặng toàn bộ cơ thể của tôi cho nghiên cứu và giáo dục.

[Ghi ở đây bất kỳ hướng dẫn cụ thể nào mà quý vị muốn đưa ra về việc hiến tặng bộ phận cơ thể.]

(Quý vị phải ký tên ở dưới trước sự có mặt của hai người làm chứng).

XÁC NHẬN VÀ QUYỀN HỦY BỎ KHI KÝ TÊN: Dưới đây tôi xác nhận rằng tôi có đủ năng lực về mặt trí tuệ và cảm xúc về việc đưa ra bản chỉ dẫn trước này và tôi hiểu mục đích cũng như tác dụng của tài liệu này. Tôi hiểu rằng tôi có thể hủy bỏ toàn bộ hoặc bất kỳ phần nào của tài liệu này vào bất cứ lúc nào (i) bằng cách gửi một bản thông báo hủy bỏ có chữ ký và ngày tháng; (ii) bằng cách hủy hoặc tiêu hủy bản chỉ dẫn trước này do chính bản thân tôi hoặc chỉ thị cho ai đó tiêu hủy trước sự có mặt của tôi; hoặc (iii) qua việc tôi nói ý định hủy bỏ.

Chữ Ký của Người Declant (Signature of Declarant)

Ngày (Date)

Người điền đơn ký bản chỉ dẫn trước nói trên trước sự có mặt của tôi.

(Người làm chứng (Witness))

(Người làm chứng (Witness))

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. Để biết thêm thông tin về lưu trữ bản chỉ dẫn trước này trong hệ thống Đăng Ký Bản Chỉ Dẫn Trước của tiểu bang Virginia miễn phí, vui lòng tới <http://www.VirginiaRegistry.org>. 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 Sáu 2012, www.vhha.com) • 11 • 10