

## Bước 1: Chọn người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Chỉ định một ai đó mà quý vị tin tưởng để đưa ra các lựa chọn chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể tự quyết định. Nghĩ đến những người trong cuộc sống của quý vị – gia đình và bạn bè của quý vị. Chọn một ai đó làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị. Hỏi người đó xem liệu họ có sẵn lòng làm việc này cho quý vị không.

### Chọn một thành viên trong gia đình hoặc bạn bè:

- Từ 18 tuổi trở lên và hiểu rõ quý vị
- Sẵn lòng làm việc này cho quý vị
- Có thể đưa ra những quyết định khó khăn dựa trên các nguyện vọng của quý vị
- Sẽ truyền đạt hiệu quả những thông tin mà quý vị cung cấp trong gói thông tin này đến các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và thành viên trong gia đình

### Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể:

- Quyết định nơi quý vị sẽ dịch vụ chăm sóc
- Chọn hoặc loại bỏ các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe
- Đồng ý/Từ chối các loại thuốc, xét nghiệm, biện pháp điều trị
- Cho biết những gì sẽ xảy ra với cơ thể và bộ phận cơ thể của quý vị sau khi quý vị qua đời
- Tiến hành hành động pháp lý cần thiết để thực hiện các nguyện vọng của quý vị

Người đại diện của quý vị **không thể** là bác sĩ của quý vị hoặc người làm việc tại bệnh viện hay phòng khám nơi quý vị đang nhận dịch vụ chăm sóc trừ khi người đó là thành viên trong gia đình quý vị.

## Chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.

### 1) Tôi muốn người này đưa ra các quyết định về y tế cho tôi nếu tôi không thể tự quyết định:

Tên	Họ	Mối quan hệ	
Điện thoại nhà/di động	Điện thoại nơi làm việc	Email	
Địa chỉ đường phố	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP

### Nếu người này không thể đưa ra các quyết định về y tế cho tôi, thì tôi muốn người kế tiếp sau đây:

Tên	Họ	Mối quan hệ	
Điện thoại nhà/di động	Điện thoại nơi làm việc	Email	
Địa chỉ đường phố	Thành phố	Tiểu bang	Mã ZIP

### 2) Đánh dấu X cạnh câu mà quý vị đồng ý:

\_\_\_\_ Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi sẽ đưa ra các quyết định cho tôi **chỉ** sau khi tôi không thể tự quyết định.

#### HOẶC

\_\_\_\_ Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể đưa ra các quyết định cho tôi **ngay** sau khi tôi ký biểu mẫu này.

Chỉ thị trước này thuộc về: (vui lòng viết tên của quý vị vào dòng này)	Ngày sinh
<small>Chỉ thị trước và việc chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe này tuân thủ các phần áp dụng trong Đạo Luật Về Cái Chết Tự Nhiên Của Washington (Bộ Luật Sửa Đổi Của Washington, Chương 70.122) và Đạo Luật Ủy Quyền Dài Hạn Đồng Nhất (Bộ Luật Sửa Đổi Của Washington Chương 11.125).</small>	

## Bước 2: Quyết định các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Điều gì khiến cho cuộc đời của quý vị đáng sống?

### 1) Cuộc đời tôi (chọn A hoặc B):

- A) Luôn đáng sống bất kể bệnh tật như thế nào
- B) Chỉ đáng sống nếu (đánh dấu tất cả các câu đúng với quý vị):
- Tôi có thể nói chuyện với gia đình và bạn bè
  - Tôi có thể tỉnh dậy sau hôn mê
  - Tôi có thể tự ăn uống, tắm gội hoặc chăm sóc bản thân
  - Tôi không bị đau đớn
  - Tôi có thể sống mà không phải phụ thuộc vào máy móc
  - Tôi không chắc

### 2) Nếu tôi sắp qua đời, điều quan trọng với tôi là tôi được (chọn một):

- Ở nhà
- Trong bệnh viện hoặc trung tâm chăm sóc khác
- Đối với tôi, được chăm sóc ở đâu không quan trọng

## Các niềm tin tôn giáo hay tâm linh

### 1) Tôn giáo hay vấn đề tâm linh có quan trọng với quý vị không?

- Có     Không

### 2) Quý vị có tôn giáo hay truyền thống đức tin nào không? Nếu có, đó là gì?

---

### 3) Các bác sĩ nên biết những gì về niềm tin tôn giáo hay tâm linh của quý vị?

---

---

---

Chỉ thị trước này thuộc về: (vui lòng viết tên của quý vị vào dòng này)

Ngày sinh

## Bước 2: Quyết định các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của quý vị, tiếp theo.

### Kéo dài sự sống

Các thủ thuật kéo dài sự sống có thể được sử dụng để cố gắng giữ cho quý vị sống. Những thủ thuật này bao gồm:

**CPR hay hồi sinh tim phổi** — Thủ thuật này có thể bao gồm:

- Ấn mạnh vào ngực của quý vị để máu tiếp tục bơm
- Sốc điện để khởi động tim của quý vị
- Truyền thuốc vào tĩnh mạch của quý vị



**Máy thở** — Máy này bơm không khí vào trong phổi giúp quý vị thở thông qua ống được đặt vào cổ họng của quý vị. Quý vị không thể nói chuyện hay ăn khi sử dụng máy.



**Máy lọc thận** — Máy này lọc máu của quý vị nếu thận của quý vị ngừng hoạt động.

**Ống cho ăn** — Ống này cung cấp thức ăn cho cơ thể quý vị nếu quý vị không thể nuốt. Ống này được đặt qua cổ họng vào bao tử của quý vị. Cũng có thể đặt ống bằng phẫu thuật.

**Truyền máu** — Máu sẽ được truyền vào tĩnh mạch của quý vị.



**Phẫu thuật và/hoặc thuốc men**

**Đánh dấu X cạnh một câu mà quý vị đồng ý nhất.**

Nếu bệnh của tôi quá nặng, tôi có thể qua đời sớm:

- \_\_\_ Hãy thử tất cả các biện pháp điều trị kéo dài sự sống mà các bác sĩ của tôi nghĩ rằng có thể hữu ích. Nếu các biện pháp điều trị đó không hiệu quả và chỉ có một chút hy vọng rằng tôi sẽ trở nên tốt hơn, **tôi muốn tiếp tục sử dụng các loại máy kéo dài sự sống** ngay cả nếu tôi phải chịu đau đớn khó chịu.
- \_\_\_ Hãy thử tất cả các biện pháp điều trị kéo dài sự sống mà các bác sĩ của tôi nghĩ rằng có thể hữu ích. Nếu các biện pháp điều trị đó không hiệu quả và chỉ có một chút hy vọng rằng tôi sẽ trở nên tốt hơn, **tôi KHÔNG muốn tiếp tục sử dụng các loại máy kéo dài sự sống**. Nếu tôi phải chịu đau đớn khó chịu, tôi muốn ngừng các biện pháp điều trị kéo dài sự sống để tôi có thể ra đi một cách nhẹ nhàng.
- \_\_\_ **Tôi KHÔNG muốn nhận các biện pháp điều trị kéo dài sự sống**. Tôi muốn tập trung vào sự thoải mái. Tôi muốn ra đi tự nhiên.
- \_\_\_ Tôi muốn **người đại diện chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định.
- \_\_\_ Tôi không chắc tôi muốn làm như thế nào.

--

Chỉ thị trước này thuộc về: (vui lòng viết tên của quý vị vào dòng này)

Ngày sinh

## Bước 2: Quyết định các lựa chọn chăm sóc sức khỏe của quý vị, tiếp theo.

### Hiển tặng các bộ phận cơ thể của quý vị

Các bác sĩ của quý vị có thể hỏi về việc hiển tặng các bộ phận cơ thể và khám nghiệm tử thi sau khi quý vị qua đời. Việc hiển tặng các bộ phận cơ thể có thể giúp cứu nhiều mạng sống. Đánh dấu **X** cạnh **một** lựa chọn mà quý vị đồng ý nhất.

\_\_\_ Tôi **muốn** hiển tặng các bộ phận cơ thể của tôi:

\_\_\_ Bất kỳ bộ phận nào, tất cả những gì có thể sử dụng được.

\_\_\_ Chỉ các bộ phận nhất định (vui lòng ghi rõ các bộ phận hoặc mô mà quý vị muốn hiển tặng).

\_\_\_ Tôi **không** muốn hiển tặng bất kỳ bộ phận nào của tôi.

\_\_\_ Tôi muốn **người đại diện chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định.

\_\_\_ Tôi không chắc tôi muốn làm như thế nào.

### Khám nghiệm tử thi

Có thể thực hiện khám nghiệm tử thi sau khi chết để tìm hiểu lý do một người tử vong. Đó là một phẫu thuật. Có thể mất vài ngày. Trong một số trường hợp, luật pháp yêu cầu tiến hành khám nghiệm tử thi. Đánh dấu **X** cạnh **một** lựa chọn mà quý vị đồng ý nhất.

\_\_\_ Tôi **muốn** khám nghiệm tử thi.

\_\_\_ Tôi **không** muốn khám nghiệm tử thi.

\_\_\_ Tôi chỉ muốn khám nghiệm tử thi **nếu có các nghi vấn** về (những) nguyên nhân tử vong của tôi.

\_\_\_ Tôi muốn **người đại diện chăm sóc sức khỏe** của tôi quyết định.

\_\_\_ Tôi không chắc tôi muốn làm như thế nào.

--

Chỉ thị trước này thuộc về: (vui lòng viết tên của quý vị vào dòng này)

Ngày sinh



## Bước 3: Phác thảo quyền hạn của người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể giúp đưa ra các quyết định về:

### Các biện pháp điều trị kéo dài sự sống - chăm sóc y tế giúp quý vị sống lâu hơn:

- CPR hay hồi sinh tim phổi
- Máy thở
- Máy lọc thận
- Ống cho ăn
- Truyền máu
- Phẫu thuật
- Thuốc men

### Chăm sóc cuối đời

Nếu quý vị sắp ra đi, người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể:

- Gọi cho một nhà lãnh đạo tâm linh
- Quyết định liệu quý vị sẽ ra đi ở nhà hay trong bệnh viện
- Quyết định liệu có thực hiện khám nghiệm tử thi hay không
- Quyết định có hiến tặng các bộ phận của cơ thể quý vị
- Quyết định sẽ chôn cất hay hỏa táng quý vị

### Quý vị muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình làm theo các nguyện vọng y tế của quý vị như thế nào?

Đánh dấu **X** cạnh một câu mà quý vị đồng ý nhất:

\_\_\_ **Hoàn toàn linh hoạt:** Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể thay đổi **bất kỳ** quyết định y tế nào của tôi nếu sau khi trao đổi với các bác sĩ của tôi, người đó thấy rằng điều đó là tốt nhất cho tôi vào thời điểm đó.

\_\_\_ **Linh hoạt một phần:** Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi có thể thay đổi **một số** quyết định y tế của tôi nếu sau khi trao đổi với các bác sĩ của tôi, người đó thấy rằng điều đó là tốt nhất cho tôi vào thời điểm đó.

\_\_\_ **Linh hoạt tối thiểu:** Tôi muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi làm theo đúng các nguyện vọng y tế của tôi nhất có thể. Vui lòng tôn trọng các quyết định của tôi ngay cả nếu bác sĩ có khuyến nghị khác.

### Nếu cần, sử dụng thêm các trang để trả lời những câu hỏi dưới đây.

Có một số nguyện vọng mà tôi thực sự muốn được tôn trọng:

---

---

---

Viết ra bất kỳ quyết định nào mà quý vị **không** muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị đưa ra:

---

---

---

--	--

Chỉ thị trước này thuộc về: (vui lòng viết tên của quý vị vào dòng này)

Ngày sinh

## Bước 4: Ký biểu mẫu.

### Chữ ký của quý vị

#### Trước khi có thể sử dụng biểu mẫu này, quý vị phải:

- Ký biểu mẫu này nếu quý vị ít nhất 18 tuổi trở lên
- Yêu cầu hai nhân chứng ký biểu mẫu này **hoặc** một công chứng viên chứng thực biểu mẫu
- Ký biểu mẫu trước mặt các nhân chứng của quý vị hoặc yêu cầu công chứng viên xác nhận rằng quý vị đã ký biểu mẫu

### Ký tên và ghi ngày.

Chữ ký

Ngày

Tên viết in hoa

Địa chỉ đường phố

Thành phố

Tiểu bang

Mã ZIP

### Nhân chứng

Trước khi biểu mẫu này có thể được sử dụng, quý vị phải yêu cầu hai nhân chứng ký biểu mẫu này **hoặc** một công chứng viên chứng thực biểu mẫu.

Nhân chứng của quý vị phải:

- Ít nhất 18 tuổi trở lên
- Biết quý vị
- Chứng kiến quý vị ký biểu mẫu này

Nhân chứng của quý vị không thể:

- Là người hoặc có liên quan đến người mà quý vị chỉ định làm người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Là bác sĩ của quý vị hoặc các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị
- Làm việc cho trung tâm y tế hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho quý vị
- Làm việc tại nơi quý vị sinh sống
- Liên quan tới quý vị theo bất kỳ cách nào
- Nhận được lợi ích về tài chính - hội đủ điều kiện nhận tiền hoặc tài sản - sau khi quý vị qua đời

**Nếu quý vị không có hai nhân chứng, công chứng viên có thể ký vào trang 9.**

<b>Chỉ thị trước này thuộc về: (vui lòng viết tên của quý vị vào dòng này)</b>	<b>Ngày sinh</b>
<small>Chỉ thị trước và việc chỉ định người đại diện chăm sóc sức khỏe này tuân thủ các phần áp dụng trong Đạo Luật Về Cái Chết Tự Nhiên Của Washington (Bộ Luật Sửa Đổi Của Washington, Chương 70.122) và Đạo Luật Ủy Quyền Dài Hạn Đồng Nhất (Bộ Luật Sửa Đổi Của Washington Chương 11.125).</small>	
<b>TRANG 7</b>	

## Bước 4: Ký biểu mẫu, tiếp theo.

### Chữ ký của nhân chứng

#### Yêu cầu các nhân chứng của quý vị hoàn thành trang này.

Bằng cách ký tên, tôi tuyên thệ rằng \_\_\_\_\_ hiểu là mình đã ký biểu mẫu này.  
Tên của chủ sở hữu chỉ thị trước

Tôi tin rằng người này đã suy nghĩ rõ ràng và không bị ép buộc ký biểu mẫu này.

#### Tôi cũng tuyên thệ rằng:

- Tôi biết người này và người này có thể chứng minh mình là ai
- Tôi ít nhất 18 tuổi trở lên
- Tôi không phải là người đại diện chăm sóc sức khỏe của người này
- Tôi không liên quan đến người đại diện chăm sóc sức khỏe của người này
- Tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho người này
- Tôi không làm việc cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của người này
- Tôi không làm việc tại nơi người này sống
- Tôi không có liên quan đến người này theo bất kỳ cách nào
- Tôi sẽ không nhận được lợi ích về tài chính - hội đủ điều kiện nhận tiền hoặc tài sản - sau khi người này qua đời

### Nhân chứng 1

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Tên viết in hoa \_\_\_\_\_

Địa chỉ đường phố \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_

### Nhân chứng 2

Chữ ký \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

Tên viết in hoa \_\_\_\_\_

Địa chỉ đường phố \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ Mã ZIP \_\_\_\_\_

--

Chỉ thị trước này thuộc về: (vui lòng viết tên của quý vị vào dòng này) \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_



## — CHỈ DÀNH CHO VĂN PHÒNG —

### **Bước 4: Ký biểu mẫu - Chữ ký của công chứng viên, nếu cần.**

Mang biểu mẫu này tới công chứng viên **CHỈ** trong trường hợp hai nhân chứng không ký tên. Công chứng viên sẽ yêu cầu quý vị mang theo ID có ảnh như bằng lái xe hoặc hộ chiếu.

#### **State of Washington**

County of \_\_\_\_\_

I certify that I know or have satisfactory evidence that

\_\_\_\_\_  
(Name)

is the person who appeared before me, and said person acknowledged that he/she signed this instrument and acknowledged it to be his/her free and voluntary act for the uses and purposes mentioned in the instrument.

Dated: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signature of Notary Public)

Title: \_\_\_\_\_

My appointment expires: \_\_\_\_\_

(Notary Seal)

## Bước 5: Gửi bản sao chỉ thị trước đã hoàn chỉnh của quý vị.

Sau khi quý vị đã ký chỉ thị trước của mình và yêu cầu nhân chứng ký tên và/hoặc công chứng chỉ thị, hãy giữ bản gốc và sao các trang 1-9 để gửi đến:

- Người đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị
- Gia đình quý vị
- Bạn bè của quý vị
- Bệnh viện/Các nhà cung cấp dịch vụ y tế
- Bệnh viện

### Các cách để gửi lại chỉ thị trước đã hoàn chỉnh của quý vị:

1. Gửi lại một **BẢN SAO** cho bác sĩ hoặc bệnh viện thuộc Providence St. Joseph Health được ưu tiên của quý vị vào lần thăm khám tiếp theo.
2. Gửi lại một **BẢN SAO** bằng cách sử dụng phong bì có sẵn tem và địa chỉ (nếu có).
3. Gửi lại bằng fax hoặc email (nếu có) đến bệnh viện thuộc Providence St. Joseph Health của quý vị:

Providence Holy Family Hospital

Providence Centralia Hospital

Providence Mount Carmel Hospital

Providence St. Mary Medical Center

Providence St. Peter Hospital

**Gửi fax tới 509-482-2187**

Providence Regional Medical Center Everett

**Fax to 425-317-0701**

Providence Sacred Heart Medical Center

**Fax to 509-474-4815**

Providence St. Joseph's Hospital (Chewelah)

**Fax to 509-935-5233**

*Đối với các bệnh viện không có trong danh sách, vui lòng liên hệ với bệnh viện của quý vị để có số fax chính xác.*

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến việc hoàn thành hay gửi lại chỉ thị trước của quý vị, vui lòng liên hệ với chúng tôi tại:

**Providence.org/InstituteForHumanCaring**  
**424-212-5444**

Các phần trong tài liệu này được cấp phép theo Giấy Phép Đóng Góp Sáng Tạo Chung-Phi Thương Mại-Mang Tính Chia Sẻ. Để xem bản sao của giấy phép này, truy cập <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/> hoặc gửi thư đến Creative Commons, 559 Nathan Abbott Way, Stanford, California 94305, USA.

Revised 11/2018

Trân trọng cảm ơn:

- Rebecca Sudore, Bác Sĩ Y Khoa, Lão Khoa, Đại Học California, San Francisco
- Cedars-Sinai, Los Angeles, CA