

## Di chúc Y khoa về Chăm sóc Sức khỏe của tiểu bang Oregon

### Mẫu Di chúc Y khoa này cho phép quý vị:

- Chia sẻ các giá trị, niềm tin, mục tiêu và mong muốn của quý vị về việc chăm sóc sức khỏe nếu quý vị không thể tự thực hiện.
- Nêu tên của một người đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị không thể đưa ra quyết định cho chính mình. Người này được gọi là đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị và họ phải đồng ý thực hiện vai trò này.

**Nhớ thảo luận Di chúc y khoa và mong muốn của quý vị với đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.** Điều này sẽ cho phép họ đưa ra quyết định phản ánh mong muốn của quý vị. Chúng tôi khuyên quý vị nên hoàn thành toàn bộ mẫu này.

**Mẫu Di chúc y khoa về chăm sóc sức khỏe của tiểu bang Oregon và Hướng dẫn của quý vị về Di chúc y khoa của bang Oregon có sẵn trên trang web của Cơ quan Y tế bang Oregon.**

- Phần 1, 2, 5, 6 và 7, quý vị chỉ định một đại diện chăm sóc sức khỏe.
- Phần 3 và 4, quý vị cung cấp hướng dẫn về cách chăm sóc của mình.

**Mẫu Di chúc y khoa cho phép quý vị bày tỏ ý muốn của mình đối với việc chăm sóc sức khỏe.** Nó không giống như Đơn đặt hàng đơn lẻ để Điều trị Duy trì Sự sống (POLST) như được định nghĩa tại ORS 127.663. Quý vị có thể tìm thêm thông tin về POLST trong Hướng dẫn về Di chúc y khoa bang Oregon.

**Mẫu này có thể được sử dụng ở bang Oregon để chọn một người đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị nếu quý vị bị bệnh quá nặng không tự nói được** hoặc không thể tự đưa ra quyết định về y tế cho bản thân. Người này được gọi là đại diện chăm sóc sức khỏe. Nếu quý vị không chỉ định một đại diện chăm sóc sức khỏe và quý vị bệnh quá nặng không tự nói được, một đại diện chăm sóc sức khỏe sẽ được chỉ định cho quý vị theo thứ tự ưu tiên được nêu tại ORS 127.635 (2) và người này chỉ có thể quyết định giữ hoặc rút lại các phương pháp điều trị duy trì sự sống nếu quý vị đáp ứng một trong các điều kiện được nêu tại ORS 127.635 (1).

**Mẫu này cũng cho phép quý vị thể hiện các giá trị và niềm tin đối với các quyết định chăm sóc sức khỏe và mong muốn của quý vị đối với việc chăm sóc sức khỏe.**

**Nếu quý vị đã hoàn thành di chúc y khoa trong quá khứ, di chúc y khoa mới này sẽ thay thế cho bất kỳ di chúc cũ trước đây.**

**Quý vị phải ký vào mẫu này để nó có hiệu lực.** Quý vị cũng phải có sự chứng kiến của hai nhân chứng hoặc một công chứng viên. Việc chỉ định đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị không có hiệu lực cho đến khi đại diện chăm sóc sức khỏe chấp nhận chỉ định.

**Nếu di chúc y khoa của quý vị bao gồm các hướng dẫn liên quan đến việc thu hồi hỗ trợ sự sống hoặc cho ăn bằng ống,** quý vị có thể hủy bỏ di chúc của mình bất kỳ lúc nào và theo bất kỳ cách nào thể hiện mong muốn hủy bỏ của quý vị.

**Trong tất cả các trường hợp khác,** quý vị có thể hủy bỏ di chúc y khoa của mình bất kỳ lúc nào và theo bất kỳ cách nào miễn là quý vị có khả năng đưa ra các quyết định y tế.

## Mẫu di chúc y khoa

1. Về tôi		
Tên (tên gọi, tên đệm, họ):		Ngày sinh:
Số điện thoại: Nhà	Nơi làm việc	Di động
Địa chỉ:		Email:

2. Đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi		
Tôi chọn người sau đây là đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi để đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi khi tôi không thể tự nói được.		
Tên (tên gọi, tên đệm, họ):		Mối quan hệ:
Số điện thoại: Nhà	Nơi làm việc	Di động
Địa chỉ:		Email:

Tôi chọn những người sau đây là đại diện thay thế chăm sóc sức khỏe của tôi nếu người lựa chọn đầu tiên không đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi hoặc nếu tôi hủy chỉ định người đầu tiên là đại diện chăm sóc sức khỏe.

<b>Đại diện thay thế chăm sóc sức khỏe thứ nhất</b>		
Tên (tên gọi, tên đệm, họ):		Mối quan hệ:
Số điện thoại: Nhà	Nơi làm việc	Di động
Địa chỉ:		Email:

<b>Đại diện thay thế chăm sóc sức khỏe thứ hai</b>		
Tên (tên gọi, tên đệm, họ):		Mối quan hệ:
Số điện thoại: Nhà	Nơi làm việc	Di động
Địa chỉ:		Email:

### **3. Hướng dẫn chăm sóc sức khỏe của tôi**

Phần này là nơi để quý vị bày tỏ mong muốn, giá trị và mục tiêu chăm sóc của mình. Hướng dẫn của quý vị cung cấp chỉ dẫn cho đại diện chăm sóc sức khỏe và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Quý vị có thể cung cấp hướng dẫn về cách chăm sóc với các lựa chọn mà quý vị đưa ra bên dưới. Trường hợp này xảy ra ngay cả khi quý vị không chọn đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc nếu không liên lạc được với họ.

#### **A. Các quyết định chăm sóc sức khỏe của tôi**

Dưới đây là ba tình huống để quý vị bày tỏ mong muốn của mình. Chúng giúp quý vị suy nghĩ về các loại quyết định hỗ trợ cuộc sống mà đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị có thể phải gặp phải. Đối với mỗi lựa chọn, chọn một cái phù hợp nhất với mong muốn của quý vị.

**a. Giai đoạn cuối**

Đây là những gì tôi muốn nếu:

- Tôi bị một bệnh nặng không thể chữa khỏi hoặc không thể phục hồi.

**VÀ**

- Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tin rằng nó sẽ dẫn đến cái chết của tôi trong vòng sáu tháng, bất kể có phương pháp điều trị nào.

<b>Ghi tên viết tắt, chỉ chọn một mục</b>	
_____	Tôi muốn thử tất cả các phương pháp điều trị hiện có để duy trì sự sống của mình, chẳng hạn như cho ăn thức ăn chế biến sẵn và chất lỏng truyền qua ống, dịch truyền tĩnh mạch, lọc thận và máy thở.
_____	Tôi muốn cố gắng duy trì sự sống của mình bằng cách cho ăn thức ăn chế biến sẵn và chất lỏng truyền qua ống, dịch truyền tĩnh mạch. Tôi không muốn các phương pháp điều trị khác để duy trì sự sống của mình, chẳng hạn như lọc thận và máy thở.
_____	Tôi không muốn các phương pháp điều trị để duy trì sự sống của mình, chẳng hạn như cho ăn thức ăn chế biến sẵn và chất lỏng truyền qua ống, dịch truyền tĩnh mạch, lọc thận và máy thở. Tôi muốn được giữ thoải mái và được chết một cách tự nhiên.
_____	Tôi muốn đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi quyết định thay tôi, sau khi nói chuyện với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và cân nhắc những điều quan trọng đối với tôi. Tôi đã bày tỏ những vấn đề đối với tôi trong phần B bên dưới.

**b. Bệnh tiến triển nặng**

Đây là những gì tôi muốn nếu:

- Tôi bị bệnh đang ở giai đoạn nặng.

**VÀ**

- Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tin rằng bệnh sẽ không cải thiện và rất có thể sẽ trở nên nặng hơn theo thời gian và dẫn đến tử vong.

**VÀ**

- Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tin rằng tôi sẽ không bao giờ có thể:

- » Giao tiếp
- » Nuốt thức ăn và nước uống một cách an toàn

- » Tự chăm sóc cho bản thân
- » Nhận biết người trong gia đình và những người khác

Ghi tên viết tắt, chỉ chọn một mục	
_____	Tôi muốn thử tất cả các phương pháp điều trị hiện có để duy trì sự sống của mình, chẳng hạn như cho ăn thức ăn chế biến sẵn và chất lỏng truyền qua ống, dịch truyền tĩnh mạch, lọc thận và máy thở.
_____	Tôi muốn cố gắng duy trì sự sống của mình bằng cách cho ăn thức ăn chế biến sẵn và chất lỏng truyền qua ống, dịch truyền tĩnh mạch. Tôi không muốn các phương pháp điều trị khác để duy trì sự sống của mình, chẳng hạn như lọc thận và máy thở.
_____	Tôi không muốn các phương pháp điều trị để duy trì sự sống của mình, chẳng hạn như cho ăn thức ăn chế biến sẵn và chất lỏng truyền qua ống, dịch truyền tĩnh mạch, lọc thận và máy thở. Tôi muốn được giữ thoải mái và được chết một cách tự nhiên.
_____	Tôi muốn đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi quyết định thay tôi, sau khi nói chuyện với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và cân nhắc những điều quan trọng đối với tôi. Tôi đã bày tỏ những vấn đề đối với tôi trong phần B bên dưới.

**c. Bất tỉnh vĩnh viễn**

Đây là những gì tôi muốn nếu:

- Tôi không tỉnh táo.
- VÀ**
- Nếu các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi tin rằng rất khó có khả năng tôi sẽ tỉnh táo trở lại.

**Ghi tên viết tắt, chỉ chọn một mục**

\_\_\_\_\_ Tôi muốn thử tất cả các phương pháp điều trị hiện có để duy trì sự sống của mình, chẳng hạn như cho ăn thức ăn chế biến sẵn và chất lỏng truyền qua ống, dịch truyền tĩnh mạch, lọc thận và máy thở.

\_\_\_\_\_ Tôi muốn cố gắng duy trì sự sống của mình bằng cách cho ăn thức ăn chế biến sẵn và chất lỏng truyền qua ống, dịch truyền tĩnh mạch. Tôi không muốn các phương pháp điều trị khác để duy trì sự sống của mình, chẳng hạn như lọc thận và máy thở.

\_\_\_\_\_ Tôi không muốn các phương pháp điều trị để duy trì sự sống của mình, chẳng hạn như cho ăn thức ăn chế biến sẵn và chất lỏng truyền qua ống, dịch truyền tĩnh mạch, lọc thận và máy thở. Tôi muốn được giữ thoải mái và được chết một cách tự nhiên.

\_\_\_\_\_ Tôi muốn đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi quyết định thay tôi, sau khi nói chuyện với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và cân nhắc những điều quan trọng đối với tôi. Tôi đã bày tỏ những vấn đề đối với tôi trong phần B bên dưới.

Quý vị có thể viết vào khoảng trống bên dưới hoặc đính kèm thêm các trang để nói thêm về hình thức chăm sóc quý vị muốn hoặc không muốn.

**B. Điều gì quan trọng nhất đối với tôi và cho tôi**

Phần này chỉ áp dụng khi quý vị đang ở trong tình trạng bệnh giai đoạn cuối, bệnh tiến triển nặng hoặc bất tỉnh vĩnh viễn. Nếu quý vị muốn sử dụng phần này, quý vị có thể truyền đạt những điều thực sự quan trọng đối với quý vị và cho quý vị. Điều này sẽ giúp đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Đây là những gì quý vị nên biết về những gì quan trọng đối với tôi đối với cuộc sống của tôi:

Đây là điều tôi đánh giá cao nhất trong cuộc đời mình:

Đây là điều quan trọng đối với tôi về cuộc sống của tôi:

Tôi không muốn các thủ tục duy trì sự sống nếu tôi không thể được hỗ trợ và có thể tham gia theo những cách sau:

**Ghi tên viết tắt cho tất cả lựa chọn**

Diễn tả các nhu cầu của tôi

Không bị cơn đau dữ dội và đau đớn kéo dài

Biết tôi là ai và tôi đang ở cùng ai

Sống mà không bị kết nối với bởi thiết bị hỗ trợ cuộc sống cơ học

Tham gia vào các hoạt động có ý nghĩa đối với tôi, chẳng hạn như:

Nếu quý vị muốn nói thêm để giúp đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị hiểu điều gì quan trọng nhất đối với quý vị, hãy viết ở đây. (Ví dụ: Tôi không muốn chăm sóc nếu nó sẽ dẫn đến...)

### **C. Niềm tin tâm linh của tôi**

Quý vị có tín ngưỡng tâm linh hoặc tôn giáo mà quý vị muốn người đại diện chăm sóc sức khỏe của mình và những người chăm sóc quý vị biết không? Niềm tin tâm linh có thể là nghi lễ, lời thề, từ chối truyền sản phẩm máu và hơn thế nữa.

Quý vị có thể viết vào khoảng trống bên dưới hoặc đính kèm thêm các trang để nói thêm về niềm tin tôn giáo hoặc tâm linh của quý vị.

### **4. Thông tin thêm**

Sử dụng phần này nếu quý vị muốn đại diện chăm sóc sức khỏe và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe có thêm thông tin về quý vị.



### **A. Cuộc sống và giá trị**

Dưới đây quý vị có thể chia sẻ về cuộc sống và giá trị của bản thân. Điều này có thể giúp đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đưa ra quyết định về việc chăm sóc sức khỏe cho quý vị. Điều này có thể bao gồm tiền sử gia đình, kinh nghiệm chăm sóc sức khỏe, nền tảng văn hóa, nghề nghiệp, hệ thống hỗ trợ xã hội và hơn thế nữa.

Quý vị có thể viết vào khoảng trống bên dưới hoặc đính kèm thêm các trang để nói thêm về cuộc sống, niềm tin và giá trị của bản thân.

### **B. Nơi chăm sóc**

Nếu có sự lựa chọn về nơi nhận dịch vụ chăm sóc, quý vị thích nơi nào hơn? Có những nơi quý vị muốn hoặc không muốn nhận dịch vụ chăm sóc? (Ví dụ, bệnh viện, viện dưỡng lão, cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần, nhà nuôi dưỡng người lớn, cuộc sống được hỗ trợ, nhà của quý vị.)

Quý vị có thể viết vào khoảng trống bên dưới hoặc đính kèm thêm các trang để nói thêm về nơi quý vị muốn nhận dịch vụ chăm sóc hoặc không nhận dịch vụ chăm sóc.

### **C. Khác**

Quý vị có thể đính kèm các tài liệu khác vào mẫu này mà quý vị nghĩ sẽ hữu ích cho đại diện chăm sóc sức khỏe và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Những gì quý vị đính kèm sẽ là một phần của Di chúc Y khoa của quý vị.

Quý vị có thể liệt kê các tài liệu đã đính kèm trong khoảng trống bên dưới.

#### **D. Thông báo cho người khác**

Quý vị có thể cho phép đại diện chăm sóc sức khỏe của mình ủy quyền cho các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong phạm vi được luật riêng tư của tiểu bang và liên bang cho phép để thảo luận về tình trạng sức khỏe và việc chăm sóc của quý vị với những người viết dưới đây. Chỉ đại diện chăm sóc sức khỏe của quý vị mới có thể đưa ra quyết định về dịch vụ chăm sóc của quý vị.

Tên (tên gọi, tên đệm, họ):		Mối quan hệ:
Số điện thoại: Nhà	Nơi làm việc	Di động
Địa chỉ:		Email:

#### **5. Chữ ký của tôi:**

Chữ ký của tôi:

Ngày

#### **6. Nhân chứng**

Hoàn thành phần A hoặc B khi quý vị ký tên

## A. Chứng thực

Tiểu bang: \_\_\_\_\_

Hạt \_\_\_\_\_

Được ký và chứng thực với sự  
hiện diện của tôi

\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Công chứng viên tiểu bang Oregon

## B. Tuyên bố của nhân chứng

Tôi được biết người này hoàn thành mẫu này hoặc đã cung cấp bằng chứng nhận dạng, đã ký hoặc thừa nhận chữ ký của người đó trên tài liệu với sự có mặt của tôi và không bị ép buộc và hiểu mục đích và tác dụng của mẫu này. Ngoài ra, tôi không phải là đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc đại diện chăm sóc sức khỏe thay thế của người đó và tôi không phải là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đang điều trị của người đó.

\_\_\_\_\_  
Tên nhân chứng (in hoa)

\_\_\_\_\_  
Chữ ký

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Tên nhân chứng (in hoa)

\_\_\_\_\_  
Chữ ký

\_\_\_\_\_  
Ngày

## 7. Chấp nhận là đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi

Tôi chấp nhận chỉ định này và đồng ý làm đại diện chăm sóc sức khỏe.

### Đại diện chăm sóc sức khỏe:

---

Tên in hoa

---

Chữ ký hoặc cách xác nhận chấp nhận khác

---

Ngày

### Đại diện thay thế chăm sóc sức khỏe thứ nhất

---

Tên in hoa

---

Chữ ký hoặc cách xác nhận chấp nhận khác

---

Ngày

### Đại diện thay thế chăm sóc sức khỏe thứ hai

---

Tên in hoa

---

Chữ ký hoặc cách xác nhận chấp nhận khác

---

Ngày

**Khả năng tiếp cận tài liệu:** Đối với những cá nhân khuyết tật hoặc những cá nhân nói một ngôn ngữ không phải là tiếng Anh, OHA có thể cung cấp thông tin ở các định dạng thay thế như bản dịch, bản in lớn hoặc chữ nổi Braille. Liên hệ với Trung tâm Thông tin Y tế theo số 1-971-673-2411, 711 TTY hoặc [COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us](mailto:COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us).