

Respecting Choices® tại Beaumont

# CHỈ THỊ TRƯỚC



Đây là bản dịch sao y và chính xác của bản gốc bằng tiếng Anh. Bản sao này dành cho mục đích giải thích và giáo dục chứ không có ý định để lấy chữ ký hợp pháp. Chữ ký hợp pháp cần được hoàn thành trên bản sao tiếng Anh với tham chiếu rằng bản dịch này đã được cung cấp.

This is a true and accurate translated copy of the original in English. This copy is intended for explanations and education purposes and is not meant to get legal signatures. Legal signatures should be completed on the English copy with a reference that this translated copy was given.

# Beaumont

# NỘI DUNG

## GIỚI THIỆU

- Lên kế hoạch chăm sóc trước là gì? ..... I.
- Chỉ thị trước là gì?..... II.
- Chia sẻ mong muốn và lựa chọn của bạn ..... III.
- Tìm hiểu thêm về Respecting Choices tại Beaumont..... IV.

## RESPECTING CHOICES TẠI BEAUMONT - CHỈ THỊ TRƯỚC

### PHẦN PHÁP LÝ

- Thông tin cá nhân ..... 1 / 5
- Giấy Ủy quyền Chăm sóc Sức khỏe Lâu dài - Chỉ định Người biện hộ cho Bệnh nhân ..... 2 / 5
  - Chữ ký của Bệnh nhân và Tuyên bố của Người làm chứng ..... 3 / 5
  - Quyết định Điều trị Sức khỏe Tâm thần - Không bắt buộc ..... 4 / 5
  - Chấp nhận bởi Người biện hộ cho Bệnh nhân/Người biện hộ cho Bệnh nhân Kế nhiệm ..... 5 / 5

## THÔNG TIN KHUYẾN NGHỊ CHO NGƯỜI BIỆN HỘ CHO BỆNH NHÂN VÀ NHÓM CHĂM SÓC SỨC KHỎE

### PHẦN KHÔNG BẮT BUỘC

- Những cân nhắc về Tâm linh hay Tôn giáo của tôi
- Nghiên cứu các mục tiêu chăm sóc của bạn đối với một chấn thương nặng, vĩnh viễn
- Thông tin về Hô hấp Nhân tạo (CPR)

# Hãy trò chuyện

Việc lên kế hoạch chăm sóc trước bắt đầu bằng một cuộc trò chuyện. Điều phối viên được chứng nhận của Respecting Choices tại Beaumont sẵn sàng hướng dẫn bạn trong suốt quá trình. Nó liên quan đến việc chia sẻ các giá trị và niềm tin của bạn với người biện hộ cho bệnh nhân và bác sĩ được chọn của bạn. Kết quả hoàn thành thành công trong một văn bản pháp lý chỉ thị trước.



Có thể không dễ để hoàn thành một chỉ thị trước nhưng hàng triệu người đã thực hiện thành công và bạn cũng có thể.

## LÊN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC TRƯỚC LÀ GÌ?

Beaumont Health đã hợp tác với Respecting Choices, một mô hình dựa trên bằng chứng, được công nhận trên quốc tế về lập kế hoạch chăm sóc trước, tạo ra văn hóa chăm sóc sức khỏe tập trung vào con người nhằm tôn vinh các mục tiêu và giá trị của một cá nhân đối với việc chăm sóc sức khỏe hiện tại và tương lai.

Các điều phối viên được chứng nhận của Respecting Choices tại Beaumont sẵn sàng hỗ trợ bạn trong việc hoàn thành chỉ thị trước của bạn. Điều này sẽ giúp tạo nên một tài liệu rõ ràng, chính xác và phản ánh các giá trị và mục tiêu chăm sóc cá nhân của bạn. Chúng tôi cung cấp các dịch vụ này miễn phí. Nếu bạn chọn khám bác sĩ của mình, có thể có chi phí, vui lòng nói chuyện với văn phòng bác sĩ hoặc công ty bảo hiểm của bạn.

Cách tiếp cận này đối với các cuộc hội thoại nhận ra rằng việc lên kế hoạch chăm sóc trước không phải là một quy trình “phù hợp với mọi hoàn cảnh”. Bạn cũng có thể chọn hoàn thành các tài liệu bổ sung giúp cung cấp cái nhìn sâu sắc về các giá trị của bạn và hướng dẫn bổ sung cho người biện hộ cho bệnh nhân và nhóm chăm sóc sức khỏe được chỉ định của bạn.

Theo yêu cầu của bạn, tài liệu chỉ thị trước của bạn sẽ được nhập vào hệ thống hồ sơ y tế điện tử của Beaumont để có thể dùng được tại bất kỳ khuôn viên hoặc địa điểm khám bệnh nào cùng chia sẻ hồ sơ y tế điện tử.

Khi bạn xem xét kế hoạch chăm sóc trước của mình, chúng tôi biết rằng cuộc trò chuyện và quy trình có thể mất một thời gian. Nhà điều hành của Respecting Choices tại Beaumont có thể ở bên bạn trên mỗi bước đường.

**Respecting Choices®**  
PERSON-CENTERED CARE



# CHỈ THỊ TRƯỚC LÀ GÌ?



Chỉ thị trước là một tài liệu pháp lý nêu các ưu tiên cụ thể của bạn đối với các phương pháp điều trị y tế trong trường hợp bạn không thể làm điều này. Chỉ thị trước, còn được gọi là Giấy ủy quyền Chăm sóc Sức khỏe Lâu dài, sẽ chỉ được sử dụng trong trường hợp bạn bị bệnh nặng hoặc bị thương mà không thể tự mình thực hiện mong muốn của mình. Chỉ thị trước bắt đầu bằng việc liệt kê một người biện hộ cho bệnh nhân để đưa ra quyết định thay cho bạn khi bạn không còn có thể. Chỉ thị trước cũng bao gồm các tài liệu bổ sung liên quan đến các ưu tiên cho hô hấp nhân tạo (CPR), hỗ trợ cuộc sống và hiến tạng.

Bạn sẽ chỉ định người đại diện pháp lý cho chính mình, còn được gọi là người biện hộ cho bệnh nhân. Người biện hộ cho bệnh nhân của bạn nên là người mà bạn tin tưởng, người sẵn sàng khi bạn gọi và sẽ thoải mái khi đưa ra quyết định y tế cho bạn khi bạn không thể tự đưa ra quyết định cho mình. Bạn và người biện hộ cho bệnh nhân của bạn nên có cuộc trò chuyện về những mong muốn của bạn được nêu trong chỉ thị trước của bạn. Người biện hộ cho bệnh nhân của bạn nên làm theo hướng dẫn của bạn ngay cả khi họ không đồng ý với những hướng dẫn đó.

Bằng cách mô tả các mục tiêu chăm sóc chung và những ưu tiên điều trị của bạn bằng lời của bạn, tài liệu chỉ thị trước giúp nhóm chăm sóc sức khỏe của bạn và người biện hộ cho bệnh nhân cung cấp loại dịch vụ chăm sóc tốt hơn mà bạn thực sự muốn. Bạn có thể thay đổi tài liệu này bất cứ lúc nào.

Việc xem xét chỉ thị trước của bạn hằng năm với bác sĩ, nhóm chăm sóc sức khỏe và người biện hộ cho bệnh nhân của bạn cũng như mỗi khi bạn vào một cơ sở chăm sóc sức khỏe sẽ luôn cập nhật các giá trị của bạn. Bạn có thể cập nhật hoặc hủy bỏ nó bất cứ lúc nào.

Phiếu làm việc trực tuyến bổ sung cung cấp hướng dẫn cho người biện hộ cho bệnh nhân và nhóm chăm sóc sức khỏe của bạn có thể được tìm thấy tại [beaumont.org/respecting-choices](https://beaumont.org/respecting-choices).

## *Phiếu làm việc trực tuyến bổ sung:*

- Điều làm cho cuộc sống đáng sống
- Ống thở/Đặt nội khí quản
- Ống thông cho ăn/Dinh dưỡng
- Mất ngủ đối lập với sự thoải mái
- Tham gia thử nghiệm và nghiên cứu lâm sàng
- Truyền máu



# CHIA SẺ MONG MUỐN VÀ LỰA CHỌN CỦA BẠN

## THẢO LUẬN, PHÂN PHỐI VÀ ĐÁNH GIÁ SAU KHI HOÀN THÀNH CHỈ THỊ TRƯỚC CỦA BẠN:

- Hãy để gia đình và bạn bè thân thiết của bạn biết bạn đã hoàn thành tài liệu này. Hãy cho họ biết (những) người biện hộ cho bệnh nhân của bạn và các mong muốn chăm sóc sức khỏe của bạn. Cho họ biết đây là những quyết định của bạn chứ không chỉ đơn thuần là những yêu cầu của bạn.
- Gửi các bản chỉ thị trước đã hoàn thành của bạn cho những người được liệt kê trên trang thông tin của chỉ thị trước (trang 1 trong chỉ thị trước).
- Mang theo một bản chỉ thị trước cùng với bạn bất cứ khi nào bạn được đưa vào bệnh viện hoặc cơ sở điều dưỡng lành nghề (nhà dưỡng lão hoặc trung tâm phục hồi chức năng). Yêu cầu nhập chỉ thị trước của bạn vào hồ sơ y tế của bạn.
- Hãy giữ một bản chỉ thị trước của bạn ở nơi có thể dễ dàng tìm thấy.
- Chỉ thị trước của bạn có thể được cập nhật bất cứ lúc nào bằng cách hoàn thành và điền ngày tháng bằng một chỉ thị mới. Bạn có thể tự cập nhật hoặc thay đổi tài liệu này hoặc liên hệ với Respecting Choices tại Beaumont và nhờ họ hỗ trợ bạn. Nếu thay đổi, chỉ thị trước phải được chứng thực và ký lại, sau đó đưa bản mới cho những người có bản cũ.
- Bất lúc nào bạn có thể đổi ý về dịch vụ chăm sóc mà bạn muốn và về người biện hộ cho bệnh nhân của bạn. Hãy cho nhóm chăm sóc sức khỏe của bạn biết nếu bạn muốn thay đổi chỉ thị trước của mình. Bạn cũng có thể liên hệ với Respecting Choices tại Beaumont.

## Thẻ Ví của Respecting Choices® tại Beaumont

Vui lòng hoàn thành thẻ ví. Viết tên và số điện thoại của (những) người biện hộ của bạn.

Cắt dọc theo đường chấm chấm	Người biện hộ	Gập ở đây	<b>Respecting Choices® tại Beaumont</b> Tôi có một chỉ thị trước. Xem mặt sau thẻ này để biết thông tin (những) người biện hộ của tôi.  _____	
	Tên: _____			Chữ ký
	Điện thoại: _____			
	Người biện hộ kế nhiệm 1			
	Tên: _____			
	Điện thoại: _____			
Người biện hộ kế nhiệm 2				
Tên: _____				
Điện thoại: _____				

# TÌM HIỂU THÊM VỀ RESPECTING CHOICES TẠI BEAUMONT

## Điều phối viên được chứng nhận của Respecting Choices tại Beaumont là gì?

Điều phối viên của Respecting Choices tại Beaumont là người có thể giúp hướng dẫn bạn thông qua các cuộc trò chuyện lên kế hoạch chăm sóc trước. Bạn và những người khác bạn chọn tham gia có thể thảo luận về kinh nghiệm và việc sống tốt có ý nghĩa gì với bạn. Cuộc trò chuyện dẫn đến việc tạo ra một chỉ thị trước xác định và phản ánh các mục tiêu chăm sóc cá nhân của bạn.

## Respecting Choices tại Beaumont trong cộng đồng của bạn.

Các diễn giả của Respecting Choices tại Beaumont sẵn sàng trò chuyện miễn phí với bất kể nhóm lớn hay nhỏ về việc lên kế hoạch chăm sóc trước trên toàn khu vực tàu điện ngầm. Để yêu cầu một diễn giả, vui lòng liên hệ với chúng tôi theo địa chỉ [respectingchoices@beaumont.org](mailto:respectingchoices@beaumont.org).

## Bạn có muốn có một nhóm tạo điều kiện không?

Điều phối viên Respecting Choices tại Beaumont có thể hướng dẫn các nhóm thông qua quy trình lên kế hoạch chăm sóc trước và tạo chỉ thị trước. Vui lòng gửi email cho chúng tôi theo địa chỉ [respectingchoices@beaumont.org](mailto:respectingchoices@beaumont.org).

## Bạn muốn tham gia hoạt động tình nguyện với Respecting Choices tại Beaumont?

Tìm hiểu thêm về việc trở thành một điều phối viên Respecting Choices tại Beaumont và các cơ hội tình nguyện khác tại địa chỉ [respectingchoices@beaumont.org](mailto:respectingchoices@beaumont.org).

---

*Tài liệu này, giấy ủy quyền chăm sóc sức khỏe lâu dài, chỉ dành cho các quyết định y tế. Cần có giấy ủy quyền khác nếu bạn muốn chỉ định ai đó đưa ra các quyết định tài chính cho bạn. Giấy ủy quyền tài chính không cho phép người biện hộ đó đưa ra các quyết định y tế cho bạn. Hãy chắc chắn rằng bạn hiểu sự khác biệt giữa giấy ủy quyền y tế và giấy ủy quyền tài chính.*

---



**NẾU BẠN CẦN THÔNG TIN BỔ SUNG**, hoặc muốn một điều phối viên được chứng nhận gọi cho bạn, vui lòng liên hệ với chúng tôi qua:



Điện thoại: 947-522-1948



Email: [respectingchoices@beaumont.org](mailto:respectingchoices@beaumont.org)



Trang web: [beaumont.org/respecting-choices](http://beaumont.org/respecting-choices)



## RESPECTING CHOICES TẠI BEAUMONT – CHỈ THỊ TRƯỚC

### Trang thông tin

Họ và tên của bệnh nhân (*vui lòng viết hoa*): \_\_\_\_\_

Ngày hôm nay: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư: \_\_\_\_\_

Điện thoại Nhà riêng: \_\_\_\_\_ Di động: \_\_\_\_\_ Cơ quan: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tôi đã cung cấp bản chỉ thị trước của mình cho:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

*Hãy chắc chắn bao gồm người biện hộ cho bệnh nhân, người biện hộ cho bệnh nhân thay thế và bác sĩ của bạn. Hãy xem xét việc bao gồm cả tổ chức chăm sóc sức khỏe cũng như người thân và những người bạn khác của bạn. Hãy nhớ giữ một bản cho chính mình.*

Bạn có thể thay đổi chỉ thị trước của mình bất cứ lúc nào. Bạn nên cập nhật tài liệu của mình vài năm một lần hoặc tuân theo quy tắc 5D:

- Mỗi thập kỷ mới của cuộc đời bạn.
- Sau cái chết của một người thân yêu.
- Sau khi ly hôn.
- Sau khi có bất kỳ chẩn đoán quan trọng nào.
- Sau bất kỳ sự suy giảm đáng kể nào về chức năng.

## **Giấy Ủy quyền Chăm sóc Sức khỏe Lâu dài – Chỉ định Người biện hộ cho Bệnh nhân**

Đây là một tài liệu pháp lý. Tôi chỉ định một người biện hộ cho bệnh nhân, người sẽ chỉ nói thay tôi nếu tôi không thể tự nói hoặc không thể tham gia vào việc đưa ra các quyết định về y tế (theo xác định của bác sĩ của tôi và một bác sĩ khác hoặc nhà tâm lý học được cấp phép) hoặc sức khỏe tâm thần (theo xác định của bác sĩ của tôi và chuyên gia sức khỏe tâm thần). Người biện hộ cho bệnh nhân của tôi không có thẩm quyền đưa ra quyết định thay cho tôi bất cứ lúc nào tôi có thể tham gia vào các quyết định này cho chính mình. Tôi cho phép tài liệu này được đưa vào như một phần của hồ sơ y tế của tôi và được trao cho người biện hộ cho bệnh nhân của tôi và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi cũng như những người biện hộ kế nhiệm và hệ thống chăm sóc sức khỏe nơi tôi được chăm sóc.

### **Chỉ định người biện hộ cho bệnh nhân**

Tôi \_\_\_\_\_, sống tại \_\_\_\_\_  
(họ và tên của bệnh nhân) (địa chỉ của bệnh nhân)

trên 18 tuổi, đầu óc tỉnh táo và tôi tự nguyện chọn những người sau đây làm người biện hộ cho bệnh nhân hoặc người biện hộ kế nhiệm của tôi để đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho tôi nếu và chỉ khi tôi không thể tự mình tham gia vào những quyết định này. Tôi hiểu rằng tôi có thể thay đổi suy nghĩ của mình bất cứ lúc nào bằng cách liên lạc theo bất kỳ cách nào mà lựa chọn này không còn phản ánh mong muốn của tôi.

### **Tôi chọn người sau đây làm người biện hộ cho bệnh nhân của mình**

Tên: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_  
Điện thoại Nhà riêng: \_\_\_\_\_ Di động: \_\_\_\_\_ Cơ quan: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

*Nếu Người biện hộ cho bệnh nhân của tôi không chấp nhận cuộc hẹn, không sẵn sàng, không có mặt hoặc không thể đóng vai trò là Người biện hộ cho bệnh nhân của tôi thì tôi muốn người sau đây là Người biện hộ của tôi:*

### **Người biện hộ cho bệnh nhân thay thế (kế nhiệm) đầu tiên:**

Tên: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_  
Điện thoại Nhà riêng: \_\_\_\_\_ Di động: \_\_\_\_\_ Cơ quan: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

### **Người biện hộ cho bệnh nhân thay thế thứ 2 (người kế nhiệm):**

Tên: \_\_\_\_\_ Mối quan hệ: \_\_\_\_\_  
Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_  
Điện thoại Nhà riêng: \_\_\_\_\_ Di động: \_\_\_\_\_ Cơ quan: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

*\*Bạn có thể chọn chỉ định những người biện hộ cho bệnh nhân thay thế (kế nhiệm).*



## Chữ ký của bệnh nhân

### Phải được ký và ghi ngày với sự có mặt của hai người làm chứng

Chữ ký của tôi dưới đây áp dụng cho tất cả các trang trong tài liệu này, kể cả 'Sự chấp nhận của người biện hộ cho bệnh nhân/người biện hộ cho bệnh nhân kế nhiệm' được tìm thấy trên trang 5. Tôi muốn những người được chọn trong tài liệu này là người biện hộ cho bệnh nhân và người biện hộ cho bệnh nhân kế nhiệm của tôi. Tôi đưa ra quyết định này bởi vì đây là điều tôi muốn, KHÔNG phải vì tôi bị ép buộc bởi bất cứ ai. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi việc chỉ định người biện hộ cho bệnh nhân này bất cứ lúc nào và bằng bất kỳ cách nào truyền đạt ý định thu hồi của tôi..

**CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN:** Ngày: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_

### Quyền hạn liên quan đến Điều trị Duy trì Sự sống - Không bắt buộc:

Tôi ủy quyền rõ ràng cho người biện hộ cho bệnh nhân của tôi đưa ra quyết định từ chối hoặc hủy bỏ việc điều trị nhằm cho phép tôi chết và tôi thừa nhận những quyết định đó có thể hoặc sẽ cho phép xảy ra cái chết tự nhiên của tôi.

**CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN:** \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

(Ký tên bạn nếu bạn muốn cho người biện hộ cho bệnh nhân của mình thẩm quyền này)

## Tuyên bố của người làm chứng

Tôi tuyên bố rằng người ký tên vào tài liệu này đã ký trước sự hiện diện của tôi và ông ấy/bà ấy dường như có suy nghĩ tỉnh táo và không bị ép buộc, lừa đảo hay thủ đoạn uy hiếp.

### Tôi KHÔNG phải là:

- Người được chỉ định làm người biện hộ cho bệnh nhân bởi tài liệu này.
- Dưới 18 tuổi.
- Có quan hệ huyết thống với bệnh nhân, có quan hệ với bệnh nhân thông qua kết hôn hoặc nhận con nuôi.
- Bác sĩ hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân.
- Nhân viên của một cơ sở chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình sức khỏe tâm thần cộng đồng đang điều trị hoặc chăm sóc bệnh nhân.
- Nhân viên của một nhà cung cấp dịch vụ bảo hiểm nhân thọ hoặc sức khỏe cho bệnh nhân.
- Theo hiểu biết tốt nhất của tôi, một chủ nợ của bệnh nhân hoặc người được hưởng bất kỳ phần tài sản nào của bệnh nhân theo di chúc hiện có hoặc do hoạt động của pháp luật.

**CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG 1:** \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tên (vui lòng viết hoa): \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_

**CHỮ KÝ CỦA NHÂN CHỨNG 2:** \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tên (vui lòng viết hoa): \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_ Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Mã bưu chính: \_\_\_\_\_

## Quyết định Điều trị Sức khỏe Tâm thần – Không bắt buộc

Tôi chọn không làm phần này.

Hoàn thành phần này để ủy quyền cho người biện hộ cho bệnh nhân của bạn đưa ra quyết định điều trị nếu bác sĩ và chuyên gia sức khỏe tâm thần xác định rằng bạn không thể đồng ý với việc chăm sóc sức khỏe tâm thần.

Ưu tiên của tôi về bác sĩ và chuyên gia sức khỏe tâm thần, người sẽ đánh giá khả năng của tôi để đưa ra các quyết định điều trị sức khỏe tâm thần của riêng tôi như sau:

Tên bác sĩ: \_\_\_\_\_

Địa chỉ văn phòng: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tên chuyên gia sức khỏe tâm thần: \_\_\_\_\_

Địa chỉ văn phòng: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tôi hiểu nếu các cá nhân được chỉ định ở trên không sẵn sàng để đưa ra quyết định, nhóm điều trị của tôi sẽ xác định các chuyên gia khác có thể làm như vậy. Bất cứ khi nào có thể, ưu tiên của tôi và của người biện hộ cho bệnh nhân của tôi sẽ được xem xét.

**Dưới đây là danh sách các lựa chọn điều trị. Tôi có thể chọn một hoặc nhiều lựa chọn, bằng cách ký tắt vào bên cạnh các lựa chọn mà tôi muốn cung cấp cho người biện hộ cho bệnh nhân của tôi quyền đồng ý với:**

\_\_\_\_\_ Điều trị ngoại trú.  
ký tắt

\_\_\_\_\_ Tôi nhập viện với tư cách là bệnh nhân tự nguyện chính thức đến bệnh viện để nhận được các dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú. Tôi có quyền đưa ra thông báo trước ba ngày về ý định rời khỏi bệnh viện.  
ký tắt

\_\_\_\_\_ Tôi nhập viện để nhận được dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần nội trú.  
ký tắt

\_\_\_\_\_ Thuốc hướng tâm thần.  
ký tắt

\_\_\_\_\_ Liệu pháp co giật do chập điện (ECT).  
ký tắt

### Quyền hạn liên quan đến Điều trị Sức khỏe Tâm thần - Không bắt buộc:

Tôi từ bỏ quyền có sự thu hồi có hiệu lực ngay lập tức của mình. Nếu tôi thu hồi chỉ định của mình, việc thu hồi có hiệu lực sau 30 ngày kể từ ngày tôi truyền đạt ý định thu hồi của mình. Ngay cả khi tôi chọn lựa chọn này, tôi vẫn có quyền đưa ra thông báo trước ba ngày về ý định rời khỏi bệnh viện nếu tôi là bệnh nhân tự nguyện chính thức.

**CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_

(ký tên bạn nếu bạn muốn cho người biện hộ cho bệnh nhân của mình thẩm quyền này)

**CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_

## Chấp nhận bởi Người biện hộ cho Bệnh nhân và Người biện hộ cho Bệnh nhân Thay thế (Kế nhiệm)

Tôi đồng ý làm người biện hộ cho bệnh nhân cho \_\_\_\_\_, Tôi nhận trách nhiệm  
(tên bệnh nhân)

và đồng ý thực hiện các bước hợp lý để làm theo mong muốn và hướng dẫn của bệnh nhân như được nêu trong tài liệu này và như tôi có thể đã thảo luận bằng lời với bệnh nhân. Nếu tôi không thể hành động sau những nỗ lực hợp lý để liên lạc với tôi, một người biện hộ cho bệnh nhân kế nhiệm, theo thứ tự do bệnh nhân chỉ định, sẽ hành động cho đến khi tôi sẵn sàng.

Bằng cách ký tên vào bản chấp nhận này, tôi thừa nhận rằng tôi nhận trách nhiệm hành động thay mặt cho bệnh nhân và đưa ra quyết định phù hợp với mong muốn và lợi ích tốt nhất của bệnh nhân. Tôi cũng hiểu rằng việc ký tên vào bản chấp nhận này không bắt buộc tôi phải chịu trách nhiệm tài chính cho bệnh nhân hoặc chi phí chăm sóc bệnh nhân. Thêm nữa, tôi hiểu và đồng ý rằng với tư cách là người biện hộ cho bệnh nhân:

- A. Thẩm quyền của tôi sẽ không có hiệu lực trừ khi các bác sĩ tuyên bố rằng bệnh nhân không thể đưa ra quyết định điều trị y tế và/hoặc sức khỏe tâm thần.
- B. Tôi không thể thực hiện bất kỳ quyền hạn nào liên quan đến việc chăm sóc, trông nom, điều trị y tế hoặc sức khỏe tâm thần của bệnh nhân mà bệnh nhân chưa thể tự thực hiện.
- C. Tôi không thể đưa ra quyết định từ chối hoặc hủy bỏ việc chăm sóc khỏi một bệnh nhân đang mang thai nếu quyết định đó sẽ dẫn đến cái chết của bệnh nhân.
- D. Tôi có thể đưa ra quyết định từ chối hoặc hủy bỏ điều trị cho phép bệnh nhân tử vong chỉ trong trường hợp bệnh nhân diễn đạt một cách rõ ràng và thuyết phục rằng tôi được ủy quyền đưa ra quyết định như vậy và bệnh nhân thừa nhận rằng quyết định đó có thể hoặc sẽ cho phép bệnh nhân chết.
- E. Tôi không thể nhận khoản đền bù cho việc phục vụ với tư cách là người biện hộ cho bệnh nhân, nhưng tôi có thể được hoàn trả cho bất kỳ chi phí thực tế và cần thiết nào phát sinh thay cho bệnh nhân.
- F. Bệnh nhân có thể thu hồi thẩm quyền hành động dưới trướng người biện hộ cho bệnh nhân của tôi bất cứ lúc nào và bằng mọi cách đủ để truyền đạt ý định thu hồi.
- G. Nếu bệnh nhân từ bỏ quyền của họ trong việc thu hồi thẩm quyền của tôi đối với việc đưa ra các quyết định điều trị sức khỏe tâm thần, thì việc hủy bỏ đối với bất kỳ việc điều trị sức khỏe tâm thần nào cũng sẽ bị trì hoãn trong 30 ngày sau khi bệnh nhân bày tỏ ý định thu hồi.
- H. Tôi có thể thu hồi sự chấp nhận này bất cứ lúc nào và bằng bất cứ cách nào đủ để truyền đạt ý định của tôi để ngừng hành động như một người biện hộ cho bệnh nhân.
- I. Tôi phải hành động theo các tiêu chuẩn y tế và pháp lý đòi hỏi tôi phải đưa ra các quyết định vì quyền lợi tốt nhất và vì lợi ích của bệnh nhân. Những mong muốn đã biết của bệnh nhân được biểu lộ hoặc chứng minh trong khi bệnh nhân có thể tham gia đưa ra các quyết định điều trị y tế và/hoặc sức khỏe tâm thần của mình được cho là vì lợi ích tốt nhất của họ.
- J. Nếu tài liệu này cho quyền hiến tặng, thẩm quyền của tôi vẫn có thể thực hiện được sau khi bệnh nhân chết.
- K. Một bệnh nhân nhập viện có các quyền được liệt kê trong phần 20201 của Bộ luật Y tế Công cộng Michigan (MCL 333.20201).

**CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI BIỆN HỘ CHO BỆNH NHÂN:** \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

**CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI BIỆN HỘ CHO BỆNH NHÂN THAY THẾ (KẾ NHIỆM) (không bắt buộc):**  
\_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

RESPECTING CHOICES® TẠI BEAUMONT – CHỈ THỊ TRƯỚC

**Thông tin Khuyến nghị cho Người bệnh hộ cho Bệnh nhân và Nhóm Chăm sóc Sức khỏe**

**Những cân nhắc về Tâm linh hay Tôn giáo của tôi**

Tôi chọn không làm phần này.

Tôi muốn những người thân yêu và nhóm chăm sóc sức khỏe của tôi biết những điều sau đây về niềm tin tôn giáo hoặc tâm linh của tôi:

Niềm tin tôn giáo hoặc tâm linh của tôi là:

---

---

---

---

Khi tôi sắp chết, những điều sau đây rất quan trọng đối với tôi:

---

---

---

---

Khi tôi qua đời, những điều sau đây rất quan trọng đối với tôi:

---

---

---

---

Ý kiến khác:

---

---

---

---

**CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_

## Thông tin Khuyến nghị cho Người biện hộ cho Bệnh nhân và Nhóm Chăm sóc Sức khỏe

### Nghiên cứu các mục tiêu chăm sóc của bạn đối với một chấn thương não nghiêm trọng, vĩnh viễn

Tôi chọn không làm phần này.

Có một quyết định mọi người nên suy nghĩ. Hãy tưởng tượng kịch bản này: một sự kiện bất ngờ (như tai nạn xe hơi hoặc bệnh tật) khiến bạn không thể giao tiếp. Bạn đang nhận được tất cả sự chăm sóc cần thiết để duy trì sự sống. Các bác sĩ tin rằng có rất ít cơ hội bạn sẽ phục hồi khả năng để biết bạn là ai hoặc bạn ở cùng với ai.

Trong tình huống này, bạn có muốn tiếp tục điều trị y tế để duy trì sự sống? Hay bạn muốn ngừng điều trị y tế? Trong cả hai trường hợp, bạn sẽ được giữ thoải mái.

Chúng tôi khuyên bạn nên chọn một điều phối viên Respecting Choices tại Beaumont hướng dẫn bạn và những người khác mà bạn mời tham gia, thông qua cuộc trò chuyện của bạn. Điều quan trọng là nghiên cứu những câu hỏi này, kinh nghiệm của bạn và việc sống tốt có ý nghĩa gì với bạn. Quá trình này cho phép hiểu rõ hơn về các giá trị và quyết định của bạn được đưa ra trong chỉ thị trước của bạn.

Do chấn thương não vĩnh viễn, nếu tôi tới điểm chắc chắn về y tế một cách có lý rằng tôi sẽ không phục hồi khả năng biết tôi là ai, gia đình và bạn bè của tôi là ai, hoặc tôi đang ở đâu, tôi muốn được giữ thoải mái và sạch sẽ, và tôi muốn người biện hộ cho bệnh nhân của tôi:

#### Chọn ô bên cạnh tuyên bố bạn đồng ý với:

**Tôi muốn tiếp tục hoặc bắt đầu điều trị** để duy trì sự sống, trừ khi bác sĩ của tôi xác định các phương pháp điều trị sẽ có hại cho tôi hơn là có ích.

#### **HOẶC**

**Tôi muốn từ chối hoặc ngừng tất cả các phương pháp điều trị**, bao gồm nhưng không giới hạn ở: ống thông cho ăn, bao gồm cả hydrat hóa trong tĩnh mạch (IV), và máy thở/máy hô hấp nhân tạo, nếu tôi ở trong hoàn cảnh này. Theo quan điểm của tôi, những lợi ích tiềm năng của các phương pháp điều trị y tế hỗ trợ bị nặng hơn bởi gánh nặng của các phương pháp điều trị này.

**CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_

## Thông tin Khuyến nghị cho Người bệnh hộ cho Bệnh nhân và Nhóm Chăm sóc Sức khỏe

### CPR - Hô hấp nhân tạo

Tôi chọn không làm phần này.

Nếu tim tôi ngừng đập và tôi không còn thở nữa, CPR có thể được bắt đầu thử và khởi động lại chúng. CPR bao gồm ép ngực để khởi động lại tuần hoàn, sốc điện để khởi động lại nhịp tim và đặt ống (đặt nội khí quản) qua đường miệng và vào khí quản để thở máy hấp nhân tạo và thở nhân tạo. Không có CPR, cái chết sẽ xảy ra một cách tự nhiên.

#### **THÔNG TIN VỀ CPR:**

*Đôi khi CPR không được cung cấp vì nó có thể không có ích hoặc thậm chí có hại. Nếu bác sĩ chăm sóc cho tôi hoặc bác sĩ chăm sóc tích cực khác chăm sóc cho tôi tin rằng việc tuân thủ đúng quy tắc y tế, CPR sẽ không giúp ích gì, nó sẽ không được cung cấp. Trong trường hợp như vậy, người bệnh hộ cho bệnh nhân của tôi sẽ được thông báo về quyết định này.*

- CPR thành công nhất ở những bệnh nhân trẻ và khỏe mạnh hơn..
- Ở những bệnh nhân lớn tuổi mắc các bệnh mạn tính khác, cơ hội sống sót là dưới 5%. Cơ hội sống sót với chất lượng cuộc sống trước đây của người đó thậm chí còn thấp hơn.
- Ở những bệnh nhân lớn tuổi mắc bệnh Alzheimer, bệnh Parkinson, bệnh tim giai đoạn cuối, bệnh thận hoặc phổi hoặc ung thư tiến triển, tỷ lệ sống sót giảm xuống mức 1% với chất lượng cuộc sống giảm đáng kể. Về nhà hoặc sống độc lập là rất hiếm khi có thể.

Nếu tim tôi ngừng đập hoặc tôi ngừng thở...

**Chọn ô bên cạnh tuyên bố bạn đồng ý với:**

**Tôi muốn CPR** trừ khi bác sĩ của tôi xác định:

- Tôi có tình trạng y tế không có cơ hội sống sót hợp lý với CPR.

**HOẶC**

- CPR sẽ có hại hơn là có ích.

**Tôi không muốn CPR**, thay vào đó tôi muốn một cái chết tự nhiên.

**CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN:** \_\_\_\_\_ **Ngày:** \_\_\_\_\_





RESPECTING CHOICES® TẠI BEAUMONT – CHỈ THỊ TRƯỚC

# RESPECTING CHOICES® TẠI BEAUMONT: LỜI HỨA CỦA CHÚNG TÔI VỚI BẠN

*Chúng tôi sẽ bắt đầu cuộc  
trò chuyện.*

*Chúng tôi sẽ cung cấp  
sự hỗ trợ với việc lên kế  
hoạch chăm sóc trước.*

*Chúng tôi sẽ đảm bảo kế  
hoạch rõ ràng.*

*Chúng tôi sẽ giữ và truy tìm  
kế hoạch.*

*Chúng tôi sẽ làm theo kế  
hoạch một cách thích hợp.*

Để nói chuyện với người hỗ trợ được chứng nhận, yêu cầu một diễn giả lập kế hoạch chăm sóc trước hoặc tìm hiểu về các cơ hội tình nguyện, **vui lòng liên hệ với chúng tôi qua:**



Điện thoại: 947-522-1948



Email: [respectingchoices@beaumont.org](mailto:respectingchoices@beaumont.org)



Trang web: [beaumont.org/respecting-choices](http://beaumont.org/respecting-choices)

RESPECTING CHOICES TẠI BEAUMONT  
CHỈ THỊ TRƯỚC

# Beaumont