

CHỈ THI TRƯỚC VỀ CHƯƠNG TRÌNH CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA
TIỂU BANG OKLAHOMA

Nếu tôi, _____, không còn khả năng ra quyết định có hiểu biết về việc chăm sóc sức khỏe cho tôi, tôi chỉ thị cho những chuyên viên chăm sóc sức khỏe cho tôi làm theo những hướng dẫn của tôi dưới đây:

I. Chỉ thị Chăm sóc Sức khỏe

Nếu bác sĩ điều trị của tôi và bác sĩ khác xác định rằng tôi không còn khả năng ra quyết định về việc điều trị y tế cho tôi nữa, tôi chỉ thị cho bác sĩ điều trị của tôi và những chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác, chiếu theo Luật về Chỉ thị Trước của Tiểu bang Oklahoma, tuân theo những hướng dẫn của tôi như trình bày dưới đây:

Tình Trạng Lâm Chung

Nếu tôi lâm vào một tình trạng lâm chung, tức là, một bệnh trạng không thể hồi phục và không thể chữa trị được ngay cả việc áp dụng điều trị kéo dài sự sống, theo ý kiến của bác sĩ điều trị và bác sĩ khác, sẽ dẫn đến tử vong trong vòng sáu (6) tháng:

(Ký tắt lựa chọn **DUY NHẤT** trong Mục này)

<i>Tóm tắt Lựa chọn</i>		
<i>TẤT CẢ –</i> <i>Có sử dụng các thiết bị hỗ trợ sự sống, CPR, ống cho ăn và cấp nước</i>	<i>MỘT SỐ -</i> <i>Không sử dụng CPR và các thiết bị hỗ trợ sự sống nhưng Có sử dụng các ống cho ăn và cấp nước</i>	<i>KHÔNG CHỌN-</i> <i>Không sử dụng CPR, các thiết bị hỗ trợ sự sống, ống cho ăn và cấp nước</i>
Tôi chỉ thị rằng tôi phải được điều trị kéo dài sự sống, kể cả sử dụng thiết bị hồi sức tim phổi (CPR); và, nếu tôi không thể ăn hoặc uống bằng miệng, tôi muốn được cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo.	Tôi chỉ thị rằng tôi phải được điều trị kéo dài sự sống, kể cả CPR; trừ khi tôi không thể ăn hoặc uống bằng miệng, tôi muốn được cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo.	Tôi chỉ thị rằng không kéo dài cuộc sống của tôi bằng điều trị kéo dài sự sống, kể cả sử dụng CPR và nhận cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo.
_____ KÝ TẮT VÀO BÊN TRÊN	_____ KÝ TẮT VÀO BÊN TRÊN	_____ KÝ TẮT VÀO BÊN TRÊN

Hướng dẫn bổ sung hoặc nhận xét (tuỳ chọn): _____

(Ký tắt vào bên dưới nếu bạn đã viết các hướng dẫn bổ sung/nhận xét bên trên)



Hôn mê Kéo dài

Nếu tôi hôn mê kéo dài, tức là, tôi đang trong bệnh trạng không thể hồi phục, như được xác định bởi bác sĩ điều trị của tôi và bác sĩ khác, trong đó ý nghĩ và ý thức về bản thân và môi trường không còn nữa:

(Ký tắt lựa chọn **DUY NHẤT** trong Mục này)

Tóm tắt Lựa chọn		
TẤT CẢ – <i>Có sử dụng các thiết bị hỗ trợ sự sống, CPR, ống cho ăn và cấp nước</i>	MỘT SỐ - <i>Không sử dụng CPR và các thiết bị hỗ trợ sự sống, nhưng Có sử dụng các ống cho ăn và cấp nước</i>	KHÔNG CHỌN- <i>Không sử dụng CPR, các thiết bị hỗ trợ sự sống, ống cho ăn và cấp nước</i>
Tôi chỉ thị rằng tôi phải được điều trị kéo dài sự sống, kể cả sử dụng thiết bị hồi sức tim phổi (CPR); và, nếu tôi không thể ăn hoặc uống bằng miệng, tôi muốn được cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo.	Tôi chỉ thị rằng tôi phải được điều trị kéo dài sự sống, kể cả CPR; trừ khi tôi không thể ăn hoặc uống bằng miệng, tôi muốn được cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo.	Tôi chỉ thị rằng không kéo dài cuộc sống của tôi bằng điều trị kéo dài sự sống, kể cả sử dụng CPR và nhận cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo.
_____	_____	_____
KÝ TẮT VÀO BÊN TRÊN	KÝ TẮT VÀO BÊN TRÊN	KÝ TẮT VÀO BÊN TRÊN

Hướng dẫn bổ sung hoặc nhận xét (tuỳ chọn): _____

(Ký tắt vào bên dưới nếu bạn đã viết các hướng dẫn bổ sung hoặc nhận xét bên trên)



Tình trạng Giai đoạn Cuối

Nếu tôi ở trong tình trạng giai đoạn cuối, tức là, một tình trạng gây ra do chấn thương, bệnh lây nhiễm, hoặc đau ốm mà dẫn đến sự suy giảm nặng hoặc vĩnh viễn được thể hiện bằng sự mất khả năng và phụ thuộc thể chất hoàn toàn mà điều trị cho tình trạng không thể hồi phục này sẽ không có hiệu lực y tế:

(Ký tắt lựa chọn **DUY NHẤT** trong Mục này)

Tóm tắt Lựa chọn		
TẤT CẢ – <i>Có sử dụng các thiết bị hỗ trợ sự sống, CPR, ống cho ăn và cấp nước</i>	MỘT SỐ - <i>Không sử dụng CPR và các thiết bị hỗ trợ sự sống, nhưng Có sử dụng các ống cho ăn và cấp nước</i>	KHÔNG CHỌN- <i>Không sử dụng CPR, các thiết bị hỗ trợ sự sống, ống cho ăn và cấp nước</i>
Tôi chỉ thị rằng tôi phải được điều trị kéo dài sự sống, kể cả sử dụng thiết bị hồi sức tim phổi (CPR); và, nếu tôi không thể ăn hoặc uống bằng miệng, tôi muốn được cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo.	Tôi chỉ thị rằng tôi phải được điều trị kéo dài sự sống, kể cả CPR; trừ khi tôi không thể ăn hoặc uống bằng miệng, tôi muốn được cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo.	Tôi chỉ thị rằng không kéo dài cuộc sống của tôi bằng điều trị kéo dài sự sống, kể cả sử dụng CPR, và nhận cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo.
_____	_____	_____
KÝ TẮT VÀO BÊN TRÊN	KÝ TẮT VÀO BÊN TRÊN	KÝ TẮT VÀO BÊN TRÊN

Hướng dẫn bổ sung hoặc nhận xét (tuỳ chọn): _____

(Ký tắt vào bên dưới nếu bạn đã viết các hướng dẫn bổ sung hoặc nhận xét bên trên)



***MỤC TUÝ CHỌN:
Bổ sung những Tình trạng Khác hoặc
Các Hướng dẫn Bổ sung hoặc Nhận xét***

NHỮNG ĐIỀU KHÁC. Ở đây quý vị có thể:

- a) mô tả **những tình trạng khác** mà quý vị muốn điều trị kéo dài sự sống, kể cả CPR và/hoặc cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo, từ chối, hoặc rút lại;
- b) cung cấp **những hướng dẫn cụ thể hơn** dưới đây về nguyện vọng của quý vị về việc điều trị kéo dài sự sống, kể cả CPR và/hoặc cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo nếu quý vị mắc bệnh vào giai đoạn cuối, hôn mê kéo dài, hoặc tình trạng giai đoạn cuối;
- c) thực hiện **cả hai** điều trên;
- d) bằng từ ngữ riêng của quý vị, cho biết trong khi mang thai, nếu áp dụng, quý vị ủy quyền cụ thể rằng điều trị kéo dài sự sống, kể cả CPR, cấp nước và/hoặc cung cấp dinh dưỡng nhân tạo được từ chối hoặc rút lại; hoặc
- e) bổ sung bất kỳ hướng dẫn bổ sung hoặc nhận xét nào:

(Ký tắt vào bên dưới nếu bạn đã viết các hướng dẫn bổ sung hoặc nhận xét bên trên)



II. Chỉ định của Tôi về Người được Ủy nhiệm Chăm sóc Sức khỏe của Tôi

Nếu bác sĩ điều trị của tôi và một bác sĩ khác xác định rằng tôi không còn khả năng ra quyết định về việc điều trị y tế cho tôi nữa, tôi chỉ thị cho bác sĩ điều trị của tôi và những chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác, chiếu theo Luật về Chỉ thị Trước của Tiểu bang Oklahoma, tuân theo những hướng dẫn của cá nhân có tên dưới đây, là người đã được tôi ủy quyền làm đại diện chăm sóc sức khỏe cho tôi:

Tên: _____

Nếu người được ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe của tôi không thể hoặc không sẵn sàng phục vụ, tôi chỉ định cá nhân có tên dưới đây làm người được ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi với quyền hạn tương đương:

Tên: _____

Người được ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe của tôi được phép đưa ra bất kỳ quyết định điều trị y tế nào mà tôi ra nếu tôi có thể, ngoại trừ những quyết định về việc điều trị kéo dài sự sống và cung cấp dinh dưỡng và cấp nước nhân tạo có thể được đưa ra **CHỈ** bởi người được ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe hoặc người được ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe thay thế của tôi như tôi đã nêu rõ trong những phần trước.

Nếu tôi không chỉ định được người được ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe trong phần này, nghĩa là tôi chú ý từ chối chỉ định người được ủy nhiệm chăm sóc sức khỏe.



III. Hiển Tang và Mô (Hiển tạng bộ phận cơ thể)

Theo những điều khoản của Luật Đồng nhất về Hiển tạng Bộ phận Cơ thể cho Giải phẫu học, tôi chỉ thị rằng khi tôi chết toàn bộ cơ thể của tôi hoặc những cơ quan đã chỉ định hoặc những phần cơ thể hoặc mô sẽ được hiển tạng như sau:

Nếu tôi ký tắt vào một hoặc nhiều cột "CÓ" bên dưới, tôi đặc biệt hiển tạng:

	Ký nháy vào cột "CÓ"
Toàn bộ cơ thể của tôi	
HOẶC CHỈ CÁC CƠ QUAN/BỘ PHẬN CƠ THỂ SAU	Ký nháy vào Một hoặc Nhiều cột "CÓ" Bên dưới
Phổi	
Gan	
Động mạch	
Tuyến tụy	
Tim	
Tuyến hạch	
Thận	
Não bộ	
Mô	
Da	
Xương/Tủy	
Mắt/Giác mạc/Tròng mắt	
Máu/Chất dịch	
Các bộ phận khác	

MỤC ĐÍCH HIỂN TẶNG NHƯ SAU:	Ký tắt vào Bên dưới
Điều trị Cây ghép	
HOẶC	Ký tắt vào Một hoặc Cả hai Bên dưới
Vì sự tiến bộ của khoa học y học, nghiên cứu hoặc vì mục đích giáo dục	
Vì sự tiến bộ nha khoa, nghiên cứu, hoặc giáo dục	

Chú ý: Chết có nghĩa là ngừng không hồi phục chức năng tuần hoàn và hô hấp hoặc ngừng không hồi phục tất cả các chức năng của toàn bộ não, kể cả đại não.



IV. Những Điều khoản Chung

- a. Tôi hiểu rằng tôi phải mười tám (18) tuổi trở lên để có quyền ký vào mẫu đơn này.
- b. Tôi hiểu rằng nhân chứng của tôi phải từ mười tám (18) tuổi trở lên và không phải là người thân của tôi và không phải là người thừa kế của tôi.
- c. Tôi hiểu rằng nếu tôi được chẩn đoán có thai và chẩn đoán này được bác sĩ điều trị của tôi biết, tôi sẽ được cung cấp điều trị kéo dài sự sống, kể cả CPR, cấp nước nhân tạo và/hoặc cung cấp dinh dưỡng nhân tạo TRỪ KHI tôi, bằng từ ngữ riêng của tôi, ủy quyền cụ thể [xem phần I.4(d) ở trên] rằng, trong suốt thời gian mang thai, điều trị kéo dài sự sống, kể cả CPR, cấp nước và/hoặc cung cấp dinh dưỡng nhân tạo sẽ được từ chối hoặc rút lại.
- d. Trong trường hợp tôi không có khả năng đưa ra chỉ thị về việc sử dụng những thủ thuật kéo dài sự sống, thì mong muốn của tôi là Chỉ thị Trước về Chương trình Chăm sóc Sức khỏe này Chỉ thị Trước sẽ được tôn trọng bởi gia đình và bác sĩ của tôi như sự thể hiện cuối cùng quyền hợp pháp của tôi trong việc chọn hoặc từ chối điều trị y tế hoặc phẫu thuật bao gồm, nhưng không giới hạn, việc sử dụng những thủ thuật kéo dài sự sống, và tôi chấp nhận hậu quả của sự lựa chọn hoặc từ chối này.
- e. Chỉ Thị Trước về Chương trình Chăm sóc Sức khỏe này sẽ có hiệu lực cho đến khi tôi chết hoặc cho đến khi tôi thu hồi.
- f. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi Chỉ Thị Trước về Chương trình Chăm sóc Sức khỏe này bất cứ lúc nào.
- g. Tôi hiểu rằng nếu tôi đã thực hiện một Chỉ Thị Trước về Chương trình Chăm sóc Sức khỏe trước đây, thì (các) chỉ thị trước trước đây của tôi sẽ được thu hồi bằng cách ký tên vào tài liệu này.
- h. Tôi hiểu tầm quan trọng đầy đủ của Chỉ Thị Trước về Chương trình Chăm sóc Sức khỏe này và tôi đủ năng lực về cảm xúc và tinh thần để làm Chỉ Thị Trước về Chương trình Chăm sóc Sức khỏe này.
- i. Tôi hiểu rằng (các) bác sĩ của tôi sẽ ra tất cả quyết định dựa trên khả năng phán xét tốt nhất của họ trong việc áp dụng sự chuyên cần và chăm sóc thông thường những kiến thức và kỹ năng được sở hữu và sử dụng bởi những thành viên trong nghề bác sĩ ở vị thế tốt đã cam kết trong cùng lĩnh vực nghề nghiệp vào thời điểm đó, được đo lường theo những tiêu chuẩn quốc gia.

Ký _____ ngày _____, 20 ____ .

(Chữ ký)

Thành phố: _____

Hạt và Bang: _____

Ngày sinh: _____
(Tùy ý cho mục đích nhận dạng)



Chỉ Thị Trước về Chăm sóc Sức khỏe của Tiểu bang Oklahoma này được ký dưới sự hiện diện của tôi:

Ngày

Nhân chứng

_____, Oklahoma

Nơi Cư trú

Ngày

Nhân chứng

_____, Oklahoma

Nơi Cư trú

