



# Lên Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai

Cát Lờì Cho Ước Nguyện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Bạn

---

**SANFORD<sup>®</sup>**  
HEALTH

**Bemidji**

Chương Trình Lên Kế Hoạch Chăm Sóc  
Sức Khỏe Tương Lai

Số điện thoại: (218) 333-6060

Email: [acp.bemidji@sanfordhealth.org](mailto:acp.bemidji@sanfordhealth.org)

**Bismarck**

Chương Trình Lên Kế Hoạch Chăm Sóc  
Sức Khỏe Tương Lai

Số điện thoại: (701) 323-1ACP (1227)

Email: [acp.bismarck@sanfordhealth.org](mailto:acp.bismarck@sanfordhealth.org)

**Fargo**

Chương Trình Lên Kế Hoạch Chăm Sóc  
Sức Khỏe Tương Lai

Số điện thoại: (701) 234-6966

Email: [FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org](mailto:FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org)

**Sioux Falls**

Trung Tâm DeGroot

Số điện thoại: (605) 312-3520

Email: [acp.siouxfalls@sanfordhealth.org](mailto:acp.siouxfalls@sanfordhealth.org)

# Mục lục

Bắt Đầu.....	trang 4
Lựa Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe.....	trang 5
Lời Nhắn Gửi Đến Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi.....	trang 6
Suy Ngẫm Về Định Nghĩa Sống Khỏe.....	trang 7
Tìm Hiểu Thêm Về Các Phương Thức Điều Trị Y Tế Tiềm Năng .....	trang 8
Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai Của Tôi.....	trang 1/10 cho đến trang 10/10
Sau Khi Hoàn Thành Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai.....	Trang 10/10

# Bắt Đầu

## Tại Sao Lên Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai Lại Quan Trọng?

Lên kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai là một quy trình nhằm quyết định sức khỏe tương lai của chính bản thân bạn. Nó đảm bảo rằng những nguyện vọng của bạn sẽ được thực hiện trong trường hợp bạn không có khả năng lên tiếng cho bản thân của mình. Lên kế hoạch về những chỉ dẫn cho tương lai sẽ giúp bạn và gia đình bạn sẵn sàng trong các tình huống như bệnh tật hiểm nghèo hay tai nạn.

Tất cả mọi người trên 18 tuổi đều nên có một kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai.

## Tại Sao Tôi Lại Cần Một Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai?

Hãy cùng suy nghĩ về trường hợp sau: Bất thành linh bạn bị bệnh hoặc bị thương. Bạn đang được chữa trị bằng các tất cả các biện pháp y tế cần thiết nhằm giúp bạn sống sót. Tuy nhiên, các bạn sĩ của bạn nhận định rằng có rất ít hoặc thậm chí không có cơ hội nào giúp bạn có thể nhận thức được bản thân hoặc những người xung quanh bạn là ai.

- Vậy ai sẽ là người giúp bạn đưa ra các quyết định?
- Bạn mong muốn việc chăm sóc của bản thân đạt được điều gì?
- Những phương pháp điều trị nào bạn muốn tiếp tục hoặc dừng lại?
- Bạn giúp những người thân yêu đưa ra những quyết định đó bằng cách nào?
- Bạn có bận tâm về chi phí cho những phương pháp điều trị y tế vô tác dụng hay không?

Những tình huống như vậy có thể xảy ra ở bất kỳ độ tuổi nào, có thể do một chấn thương não gây ra bởi một vụ tai nạn, một cơn đột quỵ, hoặc sự phát triển của một căn bệnh trầm lắng như bệnh Alzheimer. Những người thân yêu của bạn có thể sẽ hoảng loạn, choáng váng và cảm thấy bối rối vì không biết những nguyện vọng mà bạn mong muốn là gì.

Khi lên kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai, mọi người hay đưa ra các tuyên bố không rõ ràng và không cung cấp đủ thông tin để giúp đưa ra các quyết định cho việc chăm sóc sức khỏe của bạn. Những tuyên bố đó có thể là những lời bình như:

- “Nếu tôi trở thành người thực vật, hãy để tôi nhắm mắt xuôi tay.”
- “Xin đừng dùng các phương pháp điều trị mang tính rủi ro.”
- “Xin hãy làm mọi thứ có thể để tôi được sống”.

Kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai được áp dụng khác nhau cho từng người. Ví dụ, đối với bạn như thế nào là “người thực vật”? Hay, đối với bạn điều trị y tế “mang tính rủi ro” nghĩa là gì? Hoặc theo bạn, việc thực hiện “mọi thứ có thể” sẽ kéo dài trong bao lâu? Việc bày tỏ các nguyện vọng của bạn một cách rõ ràng là cực kỳ quan trọng đối với những người sẽ thay bạn đưa ra các quyết định.

Nếu bạn cần giúp đỡ trong việc thể hiện các nguyện vọng một cách rõ ràng, hãy liên hệ nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn để nhận được sự tham vấn, hoặc cũng có thể sắp xếp một cuộc gặp với một Chuyên Viên Lập Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai chuyên nghiệp tại địa phương của bạn.

Lên kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai sẽ giúp giảm bớt các gánh nặng và đem lại sự thanh thản cho bạn và cả những người sẽ giúp bạn đưa ra các quyết định.

# Lựa Chọn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe

Lựa chọn ra người đại diện hoặc người đưa ra quyết định chăm sóc sức khỏe cho bạn là một bước cực kỳ quan trọng. Người này không nhất thiết là người có liên hệ về các vấn đề tài chính hoặc tài sản của bạn. Nhiệm vụ của người đại diện chăm sóc sức khỏe là theo dõi sát sao việc những nguyện vọng về chăm sóc sức khỏe của bạn có đang được thực hiện đúng.

- Nếu những nguyện vọng của bạn chưa được mọi người biết đến, người đại diện của bạn sẽ cố gắng quyết định những điều bạn mong muốn.
- Những lựa chọn của người đại diện của bạn sẽ được ưu tiên trước những mong muốn của người khác dành cho bạn.
- Người đại diện của bạn sẽ đưa ra các quyết định liên quan tới vấn đề sức khỏe của bạn nếu như bạn không thể tự đưa ra quyết định cho bản thân mình.

**Ghi Chú:** Các yêu cầu pháp lý đối với người đại diện chăm sóc sức khỏe có thể khác nhau tùy theo từng bang. Xem thêm tài liệu về kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai để biết thêm chi tiết.

## Các Mẹo Nhỏ Giúp Bạn Chọn Ra Một Người Đại Diện

Người đại diện chăm sóc sức khỏe của bạn nên là:

- Một người bạn tin tưởng
- Hiểu rõ những nguyện vọng của bạn
- Thay mặt bạn lên tiếng khi bạn không còn khả năng
- Trân trọng những nguyện vọng của bạn

## Lựa Chọn Người Đại Diện Thay Thế

Chọn ra một người đại diện thứ hai là một ý tưởng hay trong trường hợp người đại diện đầu tiên không thể hiện diện khi cần. Sau khi chọn được người đại diện, hãy nhờ người đại diện của bạn đọc lại hoặc sao chép lá thư ở trang kế tiếp để người này nắm rõ thêm thông tin về trách nhiệm khi trở thành một người đại diện.

## Với Những Công Dân Sinh Sống Ở Bang Bắc Dakota

Ở Bang Bắc Dakota, người đại diện của bạn phải đồng ý cam kết **trên văn bản** để trở thành người đại diện cho bạn. Đại diện của bạn sẽ phải ký vào kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai ở trang 9/10.

Sử dụng phần trống này để liệt kê những người đại diện tiềm năng, địa chỉ và số điện thoại của họ trước khi điền vào mẫu đơn pháp lý.

---

---

---

---

---

---

---

---

# Lời Nhắc Gửi Đến Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi

Tôi đã lựa chọn bạn để trở thành người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi. Người đại diện chăm sóc sức khỏe là người hiểu rõ những mong muốn điều trị y tế của tôi và sẵn sàng thực hiện những mong muốn đó một khi các bác sĩ nhận định rằng tôi không thể tự đưa ra quyết định cho bản thân mình nữa. Bạn sẽ phải tìm hiểu thêm về những điều có ý nghĩa quan trọng với tôi. Tôi cần phải nói chuyện với bạn về những lựa chọn của tôi. Tôi đã dự định viết ra những quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của bản thân trong kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai. Tôi sẽ đưa cho bạn một bản sao chép của kế hoạch.

Cảm ơn vì đã là người đại diện của tôi.

## Những Điều Bạn Có Thể Làm

Những hạn chế quy định những việc một người đại diện có thể và không thể làm sẽ khác nhau tùy từng bang. Chúng ta sẽ cùng nhau kiểm tra những quy định pháp luật ở bang của tôi. Ở hầu hết các bang, với tư cách là người đại diện của tôi, bạn có thể:

- Lựa chọn hoặc từ chối phương pháp duy trì mạng sống hoặc các phương pháp điều trị y tế khác dành cho tôi.
- Đồng ý việc dùng biện pháp chữa trị nếu tình trạng của tôi không có tiến triển.
- Truy cập và công bố hồ sơ bệnh án của tôi.
- Chuyển tôi đến một trung tâm chăm sóc khác và giúp tôi lựa chọn nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế.
- Yêu cầu khám nghiệm tử thi và giúp tôi hiến tạng, trừ trường hợp tôi đưa ra tuyên bố trái ngược với kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai của tôi.

Là người đại diện của tôi, bạn không có quyền kiểm soát tiền bạc hoặc chịu trách nhiệm cho các chi phí hóa đơn của tôi.

## Các Câu Hỏi Dành Cho Bản Thân Bạn

- Liệu tôi có sẵn sàng đảm nhận vai trò và trách nhiệm này không?
- Liệu tôi có hiểu rõ nguyện vọng cho việc chăm sóc sức khỏe tương lai của người đó không?
- Liệu tôi có thể đưa ra các quyết định mà người đó muốn tôi thực hiện không, cho dù có thể quan điểm của tôi khác với họ?
- Liệu tôi có thể đưa ra các quyết định quan trọng liên quan tới vấn đề sức khỏe khi đang chịu nhiều áp lực không?

Nếu bạn trả lời “Không” cho bất kỳ câu hỏi nào ở trên, hãy trò chuyện với tôi về những băn khoăn của bạn.

## Nếu Bạn Cảm Thấy Không Thoải Mái Khi Làm Người Đại Diện Của Tôi

Chúng ta có thể cùng nói với nhau về cảm xúc cũng như những mối bận tâm của bạn. Khi bạn nắm được càng nhiều thông tin, thì bạn sẽ càng tự tin hơn trong việc đưa ra các quyết định thay cho tôi. Có nhiều cách để giúp bạn cảm thấy thoải mái hơn khi đưa ra các quyết định giúp tôi.

- Bạn có thể cùng tôi đi đến cuộc hẹn với bác sĩ. Bạn có thể hỏi những thông tin về tình trạng và những lựa chọn phát sinh cho sức khỏe của tôi.
- Xem lại kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai của tôi. Đảm bảo rằng tôi đã thể hiện các nguyện vọng một cách rõ ràng.
- Có thể bạn sẽ muốn gặp gỡ những chuyên gia được đào tạo bài bản, chuyên giúp mọi người đưa ra các quyết định liên quan đến vấn đề sức khỏe. Họ bao gồm các chuyên viên lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai, nhân viên xã hội, quản lý bệnh án, và các lãnh tụ về tôn giáo và tâm linh.

# Suy Ngẫm Về Định Nghĩa Sống Khỏe

Viết ra suy nghĩ của bạn vào trang **tùy chọn** này. Cân nhắc về các giá trị và vấn đề chăm sóc sức khỏe tương lai của bạn trước khi điền vào mẫu đơn kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai.

## Nhìn Nhận Lại Các Giá Trị Và Niềm Tin Của Bạn

1. Nếu bạn đang tận hưởng một ngày thật tuyệt vời, thì chuyện gì sẽ diễn ra vào ngày hôm đó? Bạn sẽ trò chuyện cùng ai? Bạn sẽ làm gì?

---

---

2. Điều gì giúp bạn đối mặt với các thử thách khó khăn trong cuộc sống?

---

---

3. Tôn giáo, niềm tin hay ý chí tinh thần đóng vai trò như thế nào trong cuộc sống của bạn?

---

---

4. Nếu như bạn gặp phải các vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, vấn đề đó là gì và điều gì mà bạn đang lo sợ cho tương lai?

---

---

5. Hãy cân nhắc về các phương pháp điều trị y tế trong tương lai và nghĩ xem bạn không muốn điều gì xảy đến cho mình?

---

---

6. Vấn đề chi phí ảnh hưởng như thế nào đến dịch vụ chăm sóc y tế?

---

---

7. Khi nào bạn muốn chuyển các mục tiêu điều trị y tế từ kéo dài sự sống sang tập trung vào việc tìm kiếm sự dễ chịu cho bản thân? Mô tả những trường hợp đó càng chi tiết càng tốt

---

---

8. Theo bạn “Cái chết tự nhiên” là như thế nào?

---

---

# Tìm Hiểu Thêm Về Các Phương Thức Điều Trị Y Tế Tiềm Năng

Những phương pháp điều trị y tế dưới đây là những cách có thể được áp dụng để kéo dài hoặc duy trì sự sống cho bạn. Mỗi phương pháp điều trị có thể được áp dụng thành công nếu chúng được sử dụng như phương tiện phục vụ cho sự phục hồi của bạn. Nếu trường hợp bạn sắp không qua khỏi, áp dụng các phương pháp điều trị này có thể khiến bạn phải chịu đựng các cơn đau đớn mà vẫn không có hy vọng giúp bạn nhận biết bạn là ai hoặc những người đang ở cùng.

## Hồi Sức Tim Phổi (CPR)

Hồi sức tim phổi là phương pháp được áp dụng để hồi sức tim và phổi khi chúng ngưng hoạt động.

- **Hồi Sức Tim Phổi (CPR)** được áp dụng để cố hồi sức cho tim khi tim ngưng đập. Bao gồm việc ép lồng ngực và hô hấp nhân tạo qua đường miệng.
- **Đặt Ống Nội Khí Quản** được áp dụng nếu bạn không thể tự hô hấp. Một ống dẫn khí sẽ được đặt vào khí quản thông qua miệng hoặc mũi của bạn. Ống dẫn khí sẽ được gắn vào một máy thở. Máy thở sẽ bơm khí vào ống dẫn khí và truyền tới phổi của bạn.
- **Biện Pháp Sốc Điện (Khử Rung Tim)** có thể được áp dụng để gây sốc nhanh lên tim thông qua việc đặt các miếng điện cực lên lồng ngực. Phương pháp này có thể giúp phục hồi nhịp tim của bạn về trạng thái bình thường.
- **Dược Phẩm** có thể được sử dụng để giúp tim bạn hoạt động lại.

## Hiệu Quả Của Phương Pháp Hồi Sức Tim Phổi (CPR)?

Hồi sức tim phổi có thể giúp cứu lấy mạng sống, nhưng tỉ lệ thành công khá thấp. Tuổi tác, tình trạng sức khỏe và bệnh tật có thể ảnh hưởng đến hiệu quả của phương pháp này. Khi áp dụng phương pháp hồi sức tim phổi trên những người già yếu lớn tuổi ở các trại dưỡng lão, tỉ lệ sống chỉ có khoảng 1 trên 30 người. Hồi sức tim phổi chỉ phát huy tác dụng cao nhất nếu tình trạng sức khỏe của bạn ở trạng thái tốt và biện pháp được tiến hành nhanh chóng. Khi được áp dụng tại bệnh viện, tỉ lệ sống sẽ là khoảng 1 trên 5 người. Thậm chí nếu bạn vượt qua cơn nguy kịch, các tai biến vẫn có thể xảy ra trong quá trình hồi sức và có thể gây ra một số vấn đề sức khỏe. Chăm sóc sức khỏe sau khi hồi sức tim phổi tại phòng điều trị tích cực (ICU) có thể bao gồm:

- Hỗ trợ thở bằng máy thở
- Phục hồi tổn thương xương sườn
- Phục hồi những tổn thương não có thể xảy ra do thiếu oxy

## Tôi Đưa Ra Quyết Định Về Việc Hồi Sức Tim Phổi (CPR) Bằng Cách Nào?

Tại bệnh viện, bác sĩ và nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn sẽ thực hiện việc hồi sức tim phổi khi cần thiết, trừ khi bạn cho họ biết bạn không cần đến phương pháp đó hoặc ghi ra nguyện vọng đó trong kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai. Nếu bạn lựa chọn không áp dụng hồi sức tim phổi, bác sĩ sẽ phê một yêu cầu **Không Hồi Sức (DNR)**. Yêu cầu này thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn biết được rằng không cần áp dụng hồi sức tim phổi nếu tim và phổi của bạn ngưng hoạt động. Bạn có thể thay đổi quyết định này bất cứ lúc nào.

## Chuyện Gì Sẽ Xảy Ra Nếu Tôi Không Muốn Được Hồi Sức Tim Phổi (CPR)?

Tim bạn sẽ ngưng đập và bạn sẽ ra đi một cách tự nhiên. Bạn sẽ được ra đi nhẹ nhàng và thanh thản.

## Máy Thở Y Tế hoặc Thông Khí Nhân Tạo Không Xâm Nhập (BiPap)

Một máy thở y tế có thể được sử dụng trong vài giờ cho đến vài tháng hoặc vài năm.

- **Máy Thở Y Tế** là một chiếc máy giúp bạn hô hấp. Máy thở được kết nối với một ống dẫn khí được đặt qua mũi hoặc miệng bạn để dẫn khí tới khí quản. Máy sẽ bơm khí vào phổi bạn trong trường hợp bạn quá yếu để tự hô hấp.



- **Thông Khí Nhân Tạo Không Xâm Nhập (BiPap)** là phương pháp bơm khí vào phổi của bạn thông qua mặt nạ khí được điều chỉnh sao cho úp vừa khít với miệng và mũi của bạn.

### **Những Quan Ngại Về Phương Pháp Đặt Máy Thở Y Tế Hoặc Thông Khí Nhân Tạo Không Xâm Nhập (BiPap)**

- Có thể bạn sẽ cần được chăm sóc trong phòng điều trị tích cực (ICU).
- Có thể bạn sẽ cần đến thuốc để giúp bạn chìm vào giấc ngủ.
- Bạn không thể nói chuyện hoặc nuốt thức ăn khi đặt ống dẫn khí vào khí quản.
- Máy thở y tế có thể sẽ không hoạt động tốt nếu bạn bất tỉnh do các vấn đề sức khỏe kéo dài.
- Để sử dụng lâu dài, ống dẫn khí có thể được đặt thông qua một đường dẫn hở ở cổ họng (phương pháp mở khí quản).
- Với mặt nạ thông khí nhân tạo không xâm nhập, khí có thể len vào dạ dày và gây ra các cơn đau do chướng khí gas. Khi đeo mặt nạ khí, việc ăn uống hoặc giao tiếp có thể sẽ gặp khó khăn.

### **Chuyện Gì Sẽ Xảy Ra Nếu Tôi Không Muốn Sử Dụng Máy Thở Y Tế Hoặc Thông Khí Nhân Tạo Không Xâm Nhập (BiPap)?**

Nếu bạn không thể tự hô hấp hoặc được hỗ trợ bằng máy thở, bạn sẽ ra đi một cách tự nhiên. Bạn sẽ được ra đi nhẹ nhàng và thanh thản.

### **Lọc Máu Chạy Thận**

Thẩm tách là phương pháp điều trị nhằm thay thận thực hiện quá trình lọc máu. Có 2 phương pháp thẩm tách:

- **Thẩm phân máu** là phương pháp loại bỏ các chất dịch và tạp chất trong máu thông qua một máy lọc. Máu sẽ chảy từ trong cơ thể của bạn đến máy thẩm tách sau đó đi qua một máy lọc đặc biệt, được gọi là bộ thẩm tách hoặc thận nhân tạo, và sau đó chảy ngược về cơ thể bạn. Khi máu đi qua máy thẩm tách, các chất dịch và tạp chất sẽ được loại bỏ.
- **Thẩm phân phúc mạc (PD)** là phương pháp dành cho trường hợp suy thận, sử dụng màng bụng của chính bệnh nhân như một bộ lọc máu. Phương pháp thẩm phân phúc mạc được thực hiện bốn lần mỗi ngày vào các giờ nghỉ thông thường như: sáng, trưa, tối và giờ đi ngủ.

### **Chuyện Gì Sẽ Xảy Ra Nếu Tôi Không Chọn Phương Pháp Thẩm Tách?**

Tất cả bệnh nhân đều có quyền quyết định không sử dụng phương pháp thẩm tách. Nếu bạn đã chọn phương pháp thẩm tách, bạn vẫn có quyền ngưng sử dụng. Lựa chọn không sử dụng hoặc ngưng sử dụng phương pháp thẩm tách có thể gây ra cái chết tự nhiên trong vòng vài ngày hoặc vài tuần. Bạn cũng có quyền bắt đầu sử dụng lại phương pháp thẩm tách nếu thay đổi ý kiến.

### **Bón Thức Ăn và Truyền Nước Nhân Tạo**

Bón thức ăn nhân tạo (bằng ống dẫn thức ăn) hoặc truyền nước nhân tạo là phương pháp được sử dụng để hỗ trợ cơ thể bạn trong trường hợp bạn không thể tự đưa thức ăn hoặc các chất lỏng qua đường miệng. Một số loại ống có thể được sử dụng bao gồm:

- **Ống NG (thông mũi - dạ dày)** có thể được đặt thông qua mũi và đi thẳng tới dạ dày. Thông qua ống, thức ăn bột và nước được truyền trực tiếp đến dạ dày.
- **Ống G (qua thủ thuật mở thông dạ dày) hoặc ống PEG (qua thủ thuật mở thông dạ dày qua nội soi)** có thể được đặt thông qua một lỗ nhỏ ở bụng. Thông qua ống, thức ăn bột và nước được truyền trực tiếp đến dạ dày.
- **Ống dẫn IV (truyền tĩnh mạch)** được đặt vào trong một mạch máu. Qua đó, chất dinh dưỡng và các chất dịch lỏng được truyền trực tiếp qua các mạch máu.

## **Những Quan Ngại Về Việc Bón Thức Ăn Nhân Tạo**

Các rủi ro có thể kể đến như xuất huyết hoặc nhiễm trùng tại khu vực đặt ống và các vấn đề khác liên quan tới ống dẫn. Sặc thức ăn bột có thể gây ra viêm phổi - một vấn đề có thể ảnh hưởng đến tính mạng. Bón thức ăn qua ống có thể gây ra các phiền toái như phình bụng, chướng bụng và tiêu chảy.

### **Chuyện Gì Sẽ Xảy Nếu Tôi Chọn Việc Bón Thức Ăn Nhân Tạo?**

Bón thức ăn nhân tạo có thể giúp bạn cảm thấy khỏe hơn và nâng cao chất lượng cuộc sống của bạn trong một khoảng thời gian. Nếu như bạn sắp không qua khỏi, sẽ khó để bạn có thể chịu đựng các vấn đề có thể xảy ra trong quá trình điều trị này.

### **Chuyện Gì Sẽ Xảy Nếu Tôi Không Chọn Việc Bón Thức Ăn Nhân Tạo?**

Nếu bạn không đưa bất cứ lượng thức ăn nào qua đường miệng và không chọn việc bón thức ăn nhân tạo, cơ thể của bạn sẽ từ từ tê liệt. Cái chết sẽ xảy đến trong vòng vài ngày cho đến vài tuần. Bạn sẽ có thể đoán chắc một lần nữa về một sự thật là các bệnh nhân vào giai đoạn cuối đời thường không cảm thấy đói hoặc khát.

## **Những Quan Ngại Về Việc Truyền Nước Nhân Tạo**

Truyền nước nhân tạo có thể dẫn đến việc tích trữ dư quá nhiều nước trong cơ thể. Điều này có thể gây ra hiện tượng sưng phù khó chịu ở tay, chân và bụng. Nước cũng có thể tích trữ ở phổi, gây ra tình trạng khó thở và thở nông. Các rủi ro cũng có thể bao gồm xuất huyết hoặc nhiễm trùng tại khu vực đặt ống.

### **Chuyện Gì Sẽ Xảy Nếu Tôi Chọn Việc Truyền Nước Nhân Tạo?**

Việc truyền nước nhân tạo sẽ giúp cơ thể bạn hoạt động bình thường. Điều này có thể tạo ra sự thoải mái và nâng cao chất lượng cuộc sống trong một khoảng thời gian. Nếu như bạn sắp không qua khỏi, sẽ khó để bạn có thể chịu đựng các vấn đề có thể xảy ra trong quá trình điều trị này.

### **Chuyện Gì Sẽ Xảy Nếu Tôi Không Chọn Việc Truyền Nước Nhân Tạo?**

Nếu không có đủ nước, cơ thể sẽ từ từ tê liệt. Cái chết sẽ xảy đến trong vòng vài ngày cho đến vài tuần. Bạn sẽ có thể đoán chắc một lần nữa rằng mất nước là một phần tất nhiên của quá trình tử vong. Hầu hết các bệnh nhân sắp không qua khỏi đều không cảm thấy khát. Trong vài ngày cuối đời, việc mất nước sẽ kích thích việc sản sinh các chất hóa học trong não bộ và giúp đem lại cảm giác bình yên và thanh thản cho bạn. Điều này có thể giúp bạn bước qua những khoảnh khắc cuối đời trong sự an nhiên thanh thản.

## **Ngừng Các Thiết Bị Trợ Tim**

Máy khử rung cấy được (ICD) hay thiết bị hỗ trợ tâm thất (LVAD) có thể được sử dụng để hỗ trợ sự hoạt động của tim bạn. Nhưng sẽ có lúc bạn muốn ngừng các thiết bị đó và được ra đi một cách tự nhiên. Việc nói trước với bác sĩ của bạn và lên sẵn kế hoạch sẽ giúp thực hiện nguyện vọng đó dễ hơn.

## **Thuốc Kháng Sinh Cho Các Nhiễm Trùng**

Đôi khi cái chết xảy đến là kết quả của các nhiễm trùng hơn là do các vấn đề bệnh tật như bệnh ung thư hay bệnh tim. Một vài ví dụ của các nhiễm trùng nghiêm trọng là viêm phổi và nhiễm trùng huyết. Bạn có thể tự quyết định việc có chữa trị các nhiễm trùng hay không, hoàn toàn phụ thuộc vào nguyện vọng cũng như các mục tiêu sức khỏe dài hạn của bạn. Kháng sinh là thuốc được dùng để điều trị các nhiễm trùng gây ra bởi vi khuẩn. Các loại thuốc khác có thể được sử dụng để điều trị các nhiễm trùng gây ra bởi vi-rút và nấm. Các dược liệu trên có thể cần được truyền qua ống dẫn truyền tĩnh mạch (IV).

## Chăm Sóc Giảm Nhẹ Và An Dưỡng Cuối Đời

Có thể bạn sẽ muốn liệt kê các nguyện vọng về nơi và cách thức mà bạn mong muốn nhận được dịch vụ chăm sóc.

**Chăm sóc giảm nhẹ** là phương pháp chăm sóc cung cấp sự thoải mái cho bệnh nhân. Mục tiêu của phương pháp này là để ngăn chặn hoặc điều trị các triệu chứng và tác dụng phụ của bệnh tật. Phương pháp này nên được bao gồm trong kế hoạch ngay từ ngày đầu tiên khi được chẩn đoán mắc bệnh hiểm nghèo. Chăm sóc giảm nhẹ có thể được cung cấp cho bạn, bất kể thời gian còn lại mà bạn có là bao lâu. Dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ bao gồm:

- Làm dịu cơn đau và các triệu chứng khác
- Các hỗ trợ về mặt cảm xúc và tinh thần cho bạn và gia đình bạn
- Hỗ trợ trong việc đưa ra các quyết định điều trị phức tạp

**Dịch vụ an dưỡng cuối đời** là một nhánh của chăm sóc đem lại sự thoải mái cho bệnh nhân, những người được chẩn đoán sẽ qua đời trong vòng 6 tháng kế tiếp. Dịch vụ này tập trung vào việc kiểm soát các triệu chứng, giúp bệnh nhân ra đi thanh thản và các dịch vụ sau khi bệnh nhân qua đời. Khi sức khỏe của bạn chuyển biến xấu, hy vọng được sống sẽ biến chuyển thành nguyện vọng được dành thời gian còn lại bên gia đình và bạn bè. Dịch vụ an dưỡng cuối đời có thể cung cấp các lợi ích như dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ, kèm theo:

- Trị liệu vật lý hoặc liệu pháp nghề nghiệp có thể giúp bạn phát triển những nguồn năng lượng mới hoặc giúp duy trì năng lượng trong bạn
- Hội họa, âm nhạc và các phương pháp trị liệu bổ sung khác
- Chăm sóc thay thế để giúp người chăm sóc bạn có thời gian nghỉ ngơi
- Dịch vụ hỗ trợ sức khỏe tại nhà sẽ giúp bạn trong việc tắm gội, ăn mặc và các nhu cầu cá nhân khác.
- Các tình nguyện viên được đào tạo bài bản để hỗ trợ các công việc như làm các việc vặt và chuẩn bị bữa ăn
- Hỗ trợ dịch vụ cho người chăm sóc bệnh nhân, bao gồm cả tư vấn tâm lý sau khi mất người thân

## Hiến Tạng

Cần nhắc các chi tiết về việc hiến tặng trước khi đưa ra các quyết định của bạn. Đăng ký tại [www.life-source.org](http://www.life-source.org) hoặc viết ra nguyện vọng của bạn trên giấy phép lái xe.

- Hơn 3000 người ở khu vực Upper Midwest đang chờ để được cấy ghép tạng.
- Hiến tặng có thể phần nào giúp gia đình bạn trong quá trình vượt qua đau thương mất mát. Một người có thể giúp chữa trị hoặc cứu sống 60 sinh mạng khác.
- Sẽ không có chi phí phát sinh nào cho bạn hay gia đình bạn khi bạn hiến tặng.
- Thậm chí nếu bạn có những vấn đề về sức khỏe, bạn vẫn có thể hiến tặng được.
- Các tôn giáo lớn đều ủng hộ việc hiến tặng.
- Việc hiến tặng sẽ không ảnh hưởng gì đến lần nhìn mặt cuối cùng trong kế hoạch tổ chức tang lễ.
- Việc hiến tặng là thông tin được bảo mật.

**Hiến toàn bộ cơ thể** cho khoa học sẽ cần đến vài mẫu đơn khác nhau.

Những trang tiếp theo là mẫu đơn cho Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai.

- Vui lòng điền vào các trang đó. Bạn có thể kẹp nó vào sổ hướng dẫn hoặc tách rời chúng ra nếu muốn.
- Vui lòng viết in hoa tên, ngày tháng năm sinh và ngày hoàn thành mẫu đơn vào cuối mỗi trang.
- Không ký vào Phần 4 “Thẩm Quyền Pháp Lý” ở trang 13/18, chỉ ký khi bạn có người chứng kiến hoặc có bên công chứng hiện diện.
- Sao chép ra nhiều bản và chia sẻ với gia đình của bạn.
- Đưa lại các mẫu đơn đã hoàn thành cho nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và/hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, để họ kẹp mẫu đơn vào hồ sơ bệnh án của bạn.
- Xem trang 16/18 để biết thêm về mẫu đơn Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai đã hoàn tất.

# My Advance Care Plan

## Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai Của Tôi

I have completed this Advance Directive with much thought. This document gives my treatment choices and preferences, and/or appoints a Health Care Agent (also known as Health Care Power of Attorney) to speak for me if I cannot communicate or make my own health care decisions. My Health Care Agent, if named, is able to make medical decisions for me, including the decision to refuse treatments that I do not want.

Tôi đã hoàn thành Bản Chỉ Dẫn Cho Tương Lai này sau khi cân nhắc kỹ lưỡng. Tài liệu này cung cấp các lựa chọn và mong muốn điều trị, và/hoặc chỉ định một Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe (hay còn gọi là Người Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe) thay mặt tôi nếu tôi không có khả năng giao tiếp hoặc tự đưa ra các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe bản thân. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi, nếu được nêu tên, sẽ có khả năng thay mặt tôi đưa ra các quyết định về mặt y học, bao gồm cả quyết định từ chối các điều trị mà tôi không mong muốn.

**This document will replace any previous advance directive.**

Tài liệu này sẽ thay thế bất kỳ các chỉ dẫn lên kế hoạch trước đó.

My name (Tên của tôi): \_\_\_\_\_

Date (Ngày): \_\_\_\_\_

My date of birth (Ngày tháng năm sinh của tôi): \_\_\_\_\_

My address (Địa chỉ của tôi): \_\_\_\_\_

My telephone numbers (Số điện thoại của tôi): \_\_\_\_\_ (home (SĐT nhà)) \_\_\_\_\_  
(cell (SĐT cá nhân)) \_\_\_\_\_

My initials here indicate a professional medical interpreter helped me complete this document.

Tên viết tắt của tôi ở đây chỉ ra rằng đã có một phiên dịch viên y khoa chuyên nghiệp đã giúp tôi hoàn thành tài liệu này.

## Part 1: My Health Care Agent

(Also Known as Health Care Power of Attorney)

### Phần 1: Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe

(Hay còn gọi là Người Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe)

If I cannot communicate my wishes and health care decisions due to illness or injury, or if my health care team determines that I cannot make my own health care decisions, I choose the person named below to communicate my wishes and make my health care decisions. My health care agent must:

- Follow my health care instructions in this document
- Follow any other health care instructions I have given to him or her
- Make decisions in my best interest and in accordance with accepted medical standards

Nếu tôi không thể tự nói ra các nguyện vọng và các quyết định về chăm sóc sức khỏe, do lý do bệnh tật hoặc chấn thương, hoặc đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi nhận định rằng tôi không thể tự đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe, tôi sẽ chọn người có tên dưới đây để nói thay tôi các nguyện vọng và đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe cho tôi. Người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi bắt buộc phải:

- Thực hiện đúng các chỉ dẫn về chăm sóc sức khỏe của tôi được ghi trong tài liệu này
- Thực hiện đúng các chỉ dẫn về chăm sóc sức khỏe khác mà tôi đã hướng dẫn anh/cô ấy
- Đưa ra các quyết định theo nguyện vọng mong muốn của tôi và dựa theo các quy chuẩn y khoa được đồng thuận

### Requirements for Who May Be an Agent or Health Care Power of Attorney Under State Law

#### *Những Yêu Cầu Dành Cho Người Đại Diện Hoặc Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe Theo Pháp Luật Của Bang*

**Iowa:** My agent cannot be a health care provider caring for me on the date I sign this document. My agent also cannot be an employee of a health care provider unless related to me by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

**Bang Iowa:** Người đại diện của tôi không thể là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho tôi vào ngày tôi ký vào tài liệu này. Người đại diện của tôi cũng không thể là nhân viên của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trừ khi người đó và tôi có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc nhận nuôi tính từ 3 đời phả hệ đổ lại.

**Minnesota:** My agent must be an adult. My agent cannot be a health care provider or employee of a health care provider giving me direct care unless I am related to that person by blood or marriage, registered domestic partnership, or adoption or unless I have specified otherwise in this document (Specify here: \_\_\_\_\_). In addition, a person appointed to determine my capacity to make decisions cannot be my agent.

**Bang Minnesota:** Người đại diện của tôi phải là một người trưởng thành. Người đại diện của tôi không thể là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hoặc nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe trừ khi tôi và người đó có mối quan hệ huyết thống hay hôn nhân, người chung sống có đăng ký, hoặc nhận nuôi hoặc trừ khi tôi có nêu rõ điều ngược lại trong tài liệu này (Cụ thể như sau: \_\_\_\_\_).

Bên cạnh đó, người được chỉ định đưa ra nhận định liệu tôi có còn khả năng đưa ra quyết định hay không, sẽ không thể là người đại diện của tôi.

**North Dakota:** My agent must be an adult. My agent cannot be: 1) my health care provider; 2) someone who is an employee of my health care provider but is not related to me; 3) my long term care services provider; or 4) someone who is an employee of my long term care services provider but is not related to me.

**Bang Bắc Dakota:** Người đại diện của tôi phải là một người trưởng thành. Người đại diện của tôi không thể là: 1) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi; 2) nhân viên của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, nhưng không có quan hệ gì với tôi; 3) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn của tôi; or 4) nhân viên của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn của tôi.

**South Dakota:** My agent must be an adult.

**Bang Nam Dakota:** Người đại diện của tôi phải là một người trưởng thành.

**My Primary (Main) Health Care Agent Is:***Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Chính Của Tôi Là:*

Name (Tên): \_\_\_\_\_ Relationship (Mối quan hệ): \_\_\_\_\_

Telephone numbers: (H) Số điện thoại: (SĐT nhà) \_\_\_\_\_ (C (SĐT cá nhân)) \_\_\_\_\_  
(W (SĐT công việc)) \_\_\_\_\_Full address (Địa chỉ nhà đầy đủ): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If my primary agent is not willing, able, or reasonably available to make health care decisions for me, I choose an alternate Health Care Agent.

Nếu người đại diện chính của tôi không sẵn sàng, không đủ khả năng hoặc không thể hiện diện để thay mặt tôi đưa ra các quyết định, tôi sẽ chọn một Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe khác thay thế.

**My Alternate Health Care Agent Is:***Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế Của Tôi Là:*

Name (Tên): \_\_\_\_\_ Relationship (Mối quan hệ): \_\_\_\_\_

Telephone numbers: (H) Số điện thoại: (SĐT nhà) \_\_\_\_\_ (C (SĐT cá nhân)) \_\_\_\_\_  
(W (SĐT công việc)) \_\_\_\_\_Full address (Địa chỉ nhà đầy đủ): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Powers of My Health Care Agent:***Quyền Của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi:*

My Health Care Agent automatically has all the following powers when I do not have the capacity to make decisions and/or I am unable to communicate for myself:

*Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi tự động có tất cả những quyền sau đây nếu tôi không có khả năng đưa ra các quyết định và/hoặc không thể lên tiếng cho bản thân:*

- A. Agree to, refuse, or cancel decisions about my health care. This includes tests, medications, surgery, withdrawing or starting artificial nutrition and hydration (such as tube feedings or IV (intravenous) fluids), and other decisions related to treatments. If treatment has already begun, my agent can continue it or stop it based on my instructions.

*Đồng ý, từ chối hoặc hủy bỏ các quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của tôi. Những điều trên bao gồm các kiểm tra, phẫu thuật, ngưng hoặc bắt đầu sử dụng phương pháp truyền nước và dinh dưỡng nhân tạo (ví dụ như bón thức ăn qua ống hoặc truyền dịch lỏng qua mạch máu), và các quyết định khác liên quan đến phương pháp điều trị. Nếu phương pháp điều trị đã được tiến hành, người đại diện có thể tiếp tục hoặc ngưng việc điều trị lại, dựa theo những chỉ dẫn của tôi.*

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)

Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_





**Additional Powers of My Health Care Agent:****Quyền Bổ Sung Của Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi:**

My initials below indicate I also authorize my health care agent to:

Tên viết tắt của tôi dưới đây chỉ ra rằng tôi đã trao thẩm quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi để:

Make decisions about the care of my body after death.

Đưa ra các quyết định về cơ thể của tôi sau khi tôi mất.

**If I live in North Dakota or Minnesota, my initials below indicate I also authorize my health care agent to:**

Nếu tôi sống ở bang Bắc Dakota hoặc Minnesota, tên viết tắt của tôi dưới đây chỉ ra rằng tôi đã trao thẩm quyền cho người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi để:

Continue as my health care agent even if our marriage or domestic partnership is legally ending or has been ended.

Tiếp tục làm người đại diện chăm sóc sức khỏe thậm chí nếu mối quan hệ hôn nhân hoặc chung sống đã hoặc đang sắp kết thúc về mặt pháp lý.

Make health care decisions for me even if I am able to decide or speak for myself, if I so choose.

Đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe thay cho tôi, thậm chí nếu tôi vẫn còn khả năng quyết định hoặc lên tiếng cho bản thân, nếu tôi lựa chọn như vậy.

**Part 2: My Health Care Instructions****Phần 2: Hướng Dẫn Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi**

My choices and preferences for health care are indicated below. I ask my Health Care Agent to communicate these choices, and my health care team to honor them, if I cannot communicate or make my own choices.

Những lựa chọn và mong muốn về chăm sóc sức khỏe của tôi được nêu rõ dưới đây. Tôi yêu cầu Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe nói ra các lựa chọn đó, và yêu cầu đội ngũ chăm sóc sức khỏe sẽ tôn trọng làm theo, nếu tôi không thể nói ra hoặc tự đưa ra quyết định.

**I have initialed a box below for the option I prefer for each situation.**

Tôi có ký tắt tên vào ô dưới đây cho những lựa chọn mà tôi mong muốn cho từng trường hợp.

**Note:** You do not need to write instructions about treatments to extend your life, but it is helpful to do so. If you do not have written instructions, your agent will make decisions based on your spoken wishes, or in your best interest if your wishes are unknown.

**Ghi Chú:** Bạn không cần phải viết ra những chỉ dẫn về phương pháp điều trị giúp kéo dài sự sống, nhưng nếu có thì sẽ hữu ích hơn. Nếu bạn không viết ra những chỉ dẫn, người đại diện của bạn sẽ đưa ra các quyết định dựa trên mong muốn do bạn nói trước đó, hoặc dựa trên sở thích phù hợp nhất nếu không biết được mong muốn của bạn.

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)

Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_

## A. Cardiopulmonary Resuscitation: A Decision for the Present

### Hồi Sức Tim Phổi: Quyết Định Cho Hiện Tại

This decision refers to a treatment choice I am making today based on my current health. Section C below (Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future) indicates treatment choices I want if my health changes in the future and I cannot communicate for myself.

Quyết định này nói đến lựa chọn điều trị mà tôi đưa ra hôm nay dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại. **Mục C bên dưới (Các Phương Pháp Điều Trị Kéo Dài Sự Sống Của Tôi: Quyết Định Cho Tương Lai)** chỉ rõ các lựa chọn điều trị mà tôi mong muốn nếu sức khỏe của tôi có những chuyển biến trong tương lai và tôi không thể tự lên tiếng cho bản thân.

CPR is a treatment used to attempt to restore heart rhythm and breathing when they have stopped. CPR may include chest compressions (forceful pushing on the chest to make the blood circulate), medications, electrical shocks, a breathing tube, and hospitalization.

Hồi sức tim phổi là phương pháp được áp dụng với nỗ lực khôi phục nhịp tim và nhịp thở khi tim phổi ngưng hoạt động. Hồi sức tim phổi có thể bao gồm ép tim ngoài lồng ngực (nhấn mạnh vào lồng ngực để giúp máu lưu thông), sử dụng thuốc, sốc điện, sử dụng ống thở và nhập viện.

I understand that CPR can save a life but does not always work. I also understand that CPR does not work as well for people who have chronic (long-term) diseases or impaired functioning, or both. I understand that recovery from CPR can be painful and difficult.

Tôi hiểu rằng việc hồi sức tim phổi có thể giúp cứu lấy mạng sống, nhưng không phải lúc nào cũng có tác dụng. Tôi cũng hiểu rằng hồi sức tim phổi có thể không phát huy hết tác dụng cho những người mắc những căn bệnh mãn tính (kinh niên) hoặc bị suy giảm chức năng, hoặc cả 2 điều trên. Tôi hiểu rằng việc hồi phục sau quá trình hồi sức tim phổi có thể gây ra nhiều khó khăn và đau đớn.

### Therefore (initial one)

Vi vậy (viết tắt của tên)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops.  
Tôi muốn biện pháp hồi sức tim phổi được áp dụng nếu tim hoặc hô hấp của tôi ngưng hoạt động.

### Or (Hoặc)

I want CPR attempted if my heart or breathing stops based on my current state of health. However, in the future if my health has changed, then my agent or I (if I am able) should discuss CPR with my health care team. My choices in **Section B: Treatment Preferences and Section C: Treatments to Prolong My Life** below should be considered when making this decision. Examples of when my health has changed include:

Tôi muốn biện pháp hồi sức tim phổi được áp dụng nếu tim hoặc hô hấp của tôi ngưng hoạt động, dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại của tôi. Tuy nhiên, trong tương lai nếu sức khỏe của tôi có biến chuyển, đại diện của tôi hoặc bản thân tôi (nếu tôi còn khả năng) sẽ thảo luận về việc hồi sức tim phổi với đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi. Lựa chọn của tôi ở **Mục B: Các Mong Muốn Điều Trị và Mục C: Các Biện Pháp Điều Trị Để Kéo Dài Sự Sống** dưới đây nên được cân nhắc trước khi đưa ra quyết định. Các ví dụ về việc sức khỏe của tôi sẽ biến chuyển, bao gồm các điều như:

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)

Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_

- I have an incurable illness or injury and am dying  
*Tôi mắc phải căn bệnh hoặc chấn thương không thể chữa trị và đang dần chết đi.*
- I have no reasonable chance of survival if my heart or breathing stops  
*Tôi không có cơ hội sống sót nào nếu tim hoặc hô hấp của tôi ngưng hoạt động.*
- I have little chance of long-term survival if my heart or breathing stops and CPR would cause significant suffering  
*Tôi có rất ít cơ hội để sống lâu hơn nếu tim hoặc hô hấp của tôi ngưng hoạt động và biện pháp hồi sức tim phổi có thể gây ra những đau đớn nghiêm trọng*

**Or (Hoặc)**

I do not want CPR attempted if my heart or breathing stops. I want to allow a natural death. I understand if I choose this option I should see my health care provider about writing a Do Not Resuscitate (DNR) order.

*Tôi không muốn biện pháp hồi sức tim phổi được áp dụng nếu tim hoặc hô hấp của tôi ngưng hoạt động. Tôi cho phép cái chết tự nhiên đến với mình. Tôi hiểu rằng nếu tôi lựa chọn điều này, tôi nên gặp nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi để có văn bản yêu cầu Không Hồi Sức.*

**B. Treatment Choices: My Health Condition**

*Các Lựa Chọn Điều Trị: Tình Trạng Sức Khỏe Của Tôi*

My treatment choices for my specific health condition(s) are written here. With any treatment choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

*Các lựa chọn điều trị cho (các) tình trạng sức khỏe cụ thể của tôi được viết ra dưới đây. Với bất kỳ lựa chọn điều trị nào, tôi đều hiểu rằng tôi sẽ tiếp tục nhận thuốc giảm đau, cũng như tiêu hóa thức ăn và các chất lỏng qua đường miệng nếu tôi còn khả năng tự nuốt được.*

---



---



---



---



---



---



---



My initials here indicate additional documents are attached.

*Tên viết tắt của tôi ở đây chỉ ra rằng các tài liệu bổ sung đã được đính kèm.*

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)

Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_

## C. Treatments to Prolong My Life: A Decision for the Future

### *Các Phương Pháp Điều Trị Kéo Dài Sự Sống Của Tôi: Quyết Định Cho Tương Lai*

If I can no longer make decisions for myself, and my health care team and agent believe I will not recover my ability to know who I am, I want (Initial One):

*Nếu tôi không thể tự đưa ra quyết định cho bản thân mình nữa, và đội ngũ và người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi nhận định rằng tôi không thể khôi phục khả năng nhận biết mình là ai, tôi mong muốn (Viết tắt của tên):*

NOTE: With either choice, I understand I will continue to receive pain and comfort medicines, as well as food and liquids by mouth if I am able to swallow.

*GHI CHÚ: Với bất kỳ lựa chọn điều trị nào, tôi đều hiểu rằng tôi sẽ tiếp tục chịu đau đớn và được nhận thuốc giảm đau, cũng như tiêu hóa thức ăn và các chất lỏng qua đường miệng nếu tôi còn khả năng tự nuốt được.*

**To stop or withhold all treatments** that may extend my life. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings and IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics.

*Để dừng hoặc tạm ngưng các biện pháp điều trị giúp kéo dài sự sống của tôi. Các biện pháp đó bao gồm nhưng không giới hạn việc truyền nước và các chất dinh dưỡng nhân tạo (ví dụ, bón thức ăn bằng ống dẫn và truyền dịch lỏng qua mạch máu), máy thông khí (máy thở), hồi sức tim phổi (CPR), phương pháp thẩm tách, và thuốc kháng sinh.*

### Or (Hoặc)

**All treatments recommended** by my health care team. This includes but is not limited to artificial nutrition and hydration (for example, tube feedings, IV (intravenous) fluids), respirator/ventilator (breathing machine), cardiopulmonary resuscitation (CPR), dialysis, and antibiotics. I want treatments to continue until my health care team and agent agree such treatments are harmful or no longer helpful.

*Tất cả các phương pháp điều trị được khuyến nghị bởi đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi. Các biện pháp đó bao gồm nhưng không giới hạn việc truyền nước và các chất dinh dưỡng nhân tạo (ví dụ, bón thức ăn bằng ống dẫn và truyền dịch lỏng qua mạch máu), máy thông khí (máy thở), hồi sức tim phổi (CPR), phương pháp thẩm tách, và thuốc kháng sinh. Tôi muốn tiếp tục duy trì các biện pháp điều trị cho đến khi đội ngũ và người đại diện chăm sóc sức khỏe của tôi xác nhận rằng những biện pháp điều trị đó gây hại cho tôi hoặc không còn tác dụng nữa.*

Comments or directions to my health care team:

*Những nhận xét hoặc hướng dẫn dành cho đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi:*

## D. Organ Donation (Initial One)

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)

Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_

**Hiển Tạng (Viết tắt của tên)**

I want to donate my eyes, tissues and/or organs, if able. My Health Care Agent may start and continue treatments or interventions needed to maintain my organs, tissues and eyes until donation has been completed. My specific wishes (if any) are:

*Tôi muốn hiến tặng mắt, các mô và/hoặc cơ quan nội tạng của tôi, nếu có thể. Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi có thể cho phép và tiếp tục các phương pháp điều trị hoặc can thiệp cần thiết để giữ nguyên các nội tạng, mô và mắt tôi cho đến khi việc hiến tặng được hoàn tất. Các nguyện vọng cụ thể của tôi (nếu có) là:*

---

---

---

I do not want to donate my eyes, tissues and/or organs.

*Tôi không muốn hiến tặng mắt, các mô và/hoặc cơ quan nội tạng của tôi.*

**Or (Hoặc)**

My Health Care Agent can decide.

*Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Của Tôi có thể quyết định vấn đề này.*

**E. Autopsy (Initial One)**

**Khám Nghiệm Tử Thi (Viết tắt của tên)**

I want my agent to make decisions about an autopsy of my body.

*Tôi mong muốn người đại diện đưa ra các quyết định về việc khám nghiệm tử thi cho cơ thể của tôi.*

I do not want an autopsy unless required by law.

*Tôi không muốn việc khám nghiệm tử thi được tiến hành trừ khi luật pháp yêu cầu.*

**F. Comments or Directions to My Health Care Team**

**Những nhận xét hoặc hướng dẫn dành cho đội ngũ chăm sóc sức khỏe của tôi**

You may use this space to write any additional instructions or messages to your health care team which have not been covered in this directive, or to elaborate on a point for clarification. You may also leave this space blank.

*Bạn có thể sử dụng khoảng trống dưới đây để viết ra bất kì lời nhắn hoặc chỉ dẫn bổ sung không được bao gồm trong bảng hướng dẫn này, và gửi đến đội ngũ chăm sóc sức khỏe của bạn, hoặc để diễn giải một cách rõ ràng về một điểm nào đó. Bạn cũng có thể để trống phần này.*

---

---

---

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)  
Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_



## Part 3: My Hopes and Wishes (Optional)

### Những Hy Vọng Và Ước Muốn Của Tôi (Không bắt buộc)

I want my loved ones to know my following thoughts and feelings.

*Tôi muốn người thân yêu biết được những suy nghĩ và tâm tư dưới đây.*

**The things that make life most worth living to me are:**

*Những điều khiến tôi thấy cuộc đời đáng sống nhất đó là:*

**My beliefs about when life would be no longer worth living:**

*Suy tưởng của tôi về việc khi nào cuộc đời không còn đáng sống nữa:*

**My thoughts about specific medical treatments, if any:**

*Ý kiến của tôi về các biện pháp điều trị y tế cụ thể, nếu có:*

**My thoughts and feelings about how I would like to die and where I would like to die:**

*Tâm tư và cảm xúc của tôi về cách và nơi tôi muốn ra đi:*

**If I am nearing my death, I want my loved ones to know that I would appreciate the following for comfort and support (rituals, prayers, music, etc.):**

*Nếu tôi đang cận kề cái chết, tôi muốn người thân yêu của mình biết được rằng tôi sẽ vô cùng trân quý những sự an ủi và hỗ trợ sau đây (lễ nghi, cầu nguyện, âm nhạc, v.v.):*

**Religious affiliation:**

*Các kết nối tôn giáo:*

I am of the *(Tôi là một phần của đức tin)* \_\_\_\_\_, faith, and am a member of *(và là một thành viên của cộng đồng đức tin)* \_\_\_\_\_ faith community in (city) *(tại (thành phố))* \_\_\_\_\_.

I would like my Health Care Agent to notify my faith community of my death and arrange for them to provide my funeral/memorial/burial.

*Tôi mong muốn Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi thông báo đến cộng đồng đức tin của tôi và sắp xếp các công việc để họ có thể tổ chức tang lễ/buổi tưởng niệm/mai táng cho tôi.*

The ACP of *(Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của)* \_\_\_\_\_ (print name) *(tên viết hoa)*

Birth Date *(Ngày Tháng Năm Sinh)* \_\_\_\_\_ Completion Date *(Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn)* \_\_\_\_\_

I would like my funeral to include, if possible, the following (people, music, rituals, etc.):

Nếu có thể, tôi mong muốn tang lễ của tôi sẽ bao gồm những điều sau (về người, âm nhạc, nghi lễ, v.v.):

---

Other wishes and instructions:

Những ước muốn và chỉ dẫn khác:

---

My initials here indicate additional documents are attached:

Tên viết tắt của tôi ở đây chỉ ra rằng các tài liệu bổ sung đã được đính kèm:

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)

Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_



## Part 4: Legal Authority

### Thẩm Quyền Pháp Lý

**Do not sign unless the witnesses or notary are present.**

*Không ký vào trừ khi có người chứng kiến hoặc bên công chứng hiện diện.*

**Note:** This document must be notarized or witnessed. [See individual state requirements on page 9 of 9].  
Two witnesses OR a Notary Public must verify your signature and the date.

*Ghi Chú: Tài liệu này cần phải được công chứng hoặc có người chứng kiến. [Xem các yêu cầu cụ thể cho từng bang ở trang 9/9]. Hai người chứng kiến HOẶC một nhân viên công chứng phải xác nhận chữ ký và ngày ký của bạn.*

I have made this document willingly. I am thinking clearly. This document states my wishes about my future health care decisions:

*Tôi đã tự nguyện hoàn thành tài liệu này. Tôi đã suy nghĩ thông suốt. Tài liệu này nêu rõ những nguyện vọng cho các quyết định chăm sóc sức khỏe tương lai của tôi:*

Signature (Chữ ký) \_\_\_\_\_ Date (Ngày) \_\_\_\_\_

**If I cannot sign my name,** I ask the following person to sign for me:

*Nếu tôi không thể tự ký tên, tôi sẽ nhờ người sau đây ký giúp tôi:*

Signature (of person asked to sign) Chữ ký (của người được nhờ ký giúp) \_\_\_\_\_ Date (Ngày) \_\_\_\_\_

Printed Name (Tên viết in hoa) \_\_\_\_\_

#### Option 1: Notary Public

*Lựa chọn 1: Công Chứng*

State of (Bang) \_\_\_\_\_ County of (Hạt) \_\_\_\_\_

In my presence on (Với sự hiện diện vào ngày) \_\_\_\_\_ date (ngày), \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (name) acknowledged his or her signature on this document, or acknowledged that he or she authorized the person signing this document to sign on his or her behalf.

*((tên) xác nhận chữ ký của mình trên tài liệu này, hoặc xác nhận rằng anh/cô ấy đã nhờ người thay mặt mình ký tên vào tài liệu này.)*

Signature of Notary Chữ Ký Của Bên Công Chứng \_\_\_\_\_

Notary Seal (Dấu Mộc Công Chứng)

My commission expires:

*Nhiệm vụ của tôi sẽ kết thúc vào:* \_\_\_\_\_

**Or (Hoặc)**

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)

Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_

**Option 2: Statement of Witnesses**

Lựa chọn 2: Tuyên Bố Của Người Chứng Kiến

**Witness 1:** In my presence on (Người Chứng Kiến 1: Với sự hiện diện của tôi vào ngày) \_\_\_\_\_ (date) (ngày), \_\_\_\_\_ (name) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf. ((tên) tự nguyện kí tên vào tài liệu này (hoặc ủy quyền cho người thay mặt mình ký vào tài liệu này)).

Signature (Chữ ký) \_\_\_\_\_ Date (Ngày) \_\_\_\_\_

Printed Name (Tên viết in hoa) \_\_\_\_\_ Date (Ngày) \_\_\_\_\_

**Witness 2:** In my presence on (Người Chứng Kiến 2: Với sự hiện diện của tôi vào) \_\_\_\_\_ date (ngày), \_\_\_\_\_ (name) voluntarily signed this document (or authorized the person signing this document to sign on his or her behalf.

((tên) tự nguyện kí tên vào tài liệu này (hoặc ủy quyền cho người thay mặt mình ký vào tài liệu này)).

Signature (Chữ ký) \_\_\_\_\_ Date (Ngày) \_\_\_\_\_

Printed Name (Tên viết in hoa) \_\_\_\_\_ Date (Ngày) \_\_\_\_\_

**Required in ND Yêu cầu ở bang Bắc Dakota****Acceptance of Appointment of Health Care Agent (Health Care Power of Attorney)**

Chấp Nhận Việc Chỉ Định Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe (Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe)

I accept this appointment and agree to serve as an agent for health care decisions. I understand I have a duty to act consistently with the desires expressed in this document and to act in good faith. I understand this individual can revoke my designation as an agent at any time in any manner. I will notify this individual if I choose to withdraw from this role while this individual is competent. I will notify this individual's health care provider if I choose to withdraw from this role when this individual is not able to make health care decisions.

Tôi chấp nhận chỉ định này và đồng ý trở thành người đại diện đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe. Tôi hiểu rằng tôi có nghĩa vụ phải thực hiện nhất quán theo các mong muốn được viết ra trong tài liệu này và thực hiện với niềm tin kiên định. Tôi hiểu rằng cá nhân này có thể thu hồi việc chỉ định làm người đại diện của tôi vào bất cứ thời gian và hình thức nào. Tôi sẽ thông tin đến cá nhân này nếu tôi lựa chọn rời khỏi vị trí này khi họ vẫn còn khỏe mạnh. Tôi sẽ thông tin đến nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của cá nhân này nếu tôi lựa chọn rời khỏi vị trí này trong trường hợp cá nhân này không còn khả năng tự đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe của mình.

Primary Agent Signature (Chữ Ký Của Người Đại Diện Chính) \_\_\_\_\_ Date (Ngày) \_\_\_\_\_

Printed Name (Tên viết in hoa) \_\_\_\_\_

Printed Name (Chữ Ký Của Người Đại Diện Thay Thế) \_\_\_\_\_ Date (Ngày) \_\_\_\_\_

Printed Name (Tên viết in hoa) \_\_\_\_\_

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)

Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_

**Requirements for witnesses by State***Các Yêu Cầu Cho Người Chứng Kiến Theo Từng Bang*

**Iowa:** Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) a provider attending the principal on the date this document is signed; (2) an employee of the provider attending the principal on the date this document is signed; (3) the Health Care Agent named in this document; and (4) at least one witness cannot be related to the principal by blood, marriage, or adoption within the third degree of relation.

*Bang Iowa: Yêu cầu cần có một Nhân Viên Công Chứng hoặc 2 người trưởng thành chứng kiến. Người chứng kiến không thể là: (1) nhà cung cấp tham dự vào ngày thân chủ ký vào tài liệu này; (2) nhân viên của nhà cung cấp tham dự vào ngày thân chủ ký vào tài liệu này; (3) Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe được nêu tên trong tài liệu này; và (4) ít nhất một người chứng kiến không có mối quan hệ nào với thân chủ về mặt huyết thống, hôn nhân, hoặc nhận nuôi tính từ 3 đời phả hệ đổ lại.*

**Minnesota:** Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be the Health Care Agent or alternate Health Care Agent. Of the two witnesses, only one can be a health care provider or an employee of a provider giving direct care on the date the document is signed.

*Bang Minnesota: Yêu cầu cần có một Nhân Viên Công Chứng hoặc 2 người trưởng thành chứng kiến. Người chứng kiến không thể là Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Chính hoặc Thay Thế. Một trong hai nhân chứng, chỉ có một người có thể là nhân viên hoặc nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe vào ngày tài liệu này được ký.*

**North Dakota:** Notary Public or 2 adult witnesses are required. A witness cannot be: (1) the Health Care Agent; (2) the principal's spouse or heir; (3) a person related to the principal by blood, marriage, or adoption; (4) a person entitled to any part of the Estate of the principal upon the death of the principal under a will or deed; (5) any other person who has any claims against the Estate of the principal; (6) a person directly financially responsible for the principal's medical care; or (7) the principal's attending physician. In addition, at least one witness may not be a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed or an employee of a health care or long term care provider providing direct care to the principal on the date this document is signed.

*Bang Bắc Dakota: Yêu cầu cần có một Nhân Viên Công Chứng hoặc 2 người trưởng thành chứng kiến. Người chứng kiến không thể là: (1) Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe; (2) người thừa kế hoặc vợ/ chồng của thân chủ; (3) người có quan hệ với thân chủ về mặt huyết thống, hôn nhân hay nhận nuôi; (4) người có liên quan đến bất kỳ Tài sản của thân chủ dựa theo di chúc của thân chủ; (5) người có tranh chấp về Tài sản của thân chủ; (6) người chịu trách nhiệm trực tiếp về mặt tài chính cho vấn đề chăm sóc sức khỏe của thân chủ; hoặc (7) bác sĩ vật lý trị liệu cùng tham dự của thân chủ. Bên cạnh đó, ít nhất một người chứng kiến không nên là nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn cho thân chủ vào ngày tài liệu này được ký hoặc là nhân viên của nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe dài hạn cho thân chủ vào ngày tài liệu này được ký.*

**South Dakota:** Notary Public or 2 adult witnesses are required.

*Bang Nam Dakota: Yêu cầu cần có một Nhân Viên Công Chứng hoặc 2 người trưởng thành chứng kiến.*

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)

Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_

## After Completing the Advance Care Plan

*Sau Khi Hoàn Thành Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

- Now that I have completed this document, I will:

*Bây giờ, tôi đã hoàn thành xong mẫu tài liệu này, tôi sẽ:*

- Make several copies of this document and give to my:

*Sao chép ra nhiều bản tài liệu này và đưa cho:*

- Primary and Alternate Health Care Agents

*Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Chính Và Thay Thế Của Tôi*

- Doctor and other health care providers

*Bác sĩ và các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác*

- Health care facility (hospital, other) whenever I am admitted, and ask that it be placed in my medical record

*Bất cứ khi nào tôi nhập viện vào các cơ sở chăm sóc sức khỏe (bệnh viện, hoặc các cơ sở y tế khác), tôi sẽ yêu cầu thêm tài liệu này vào hồ sơ bệnh án của tôi.*

- Talk to the rest of my family and close friends who might be involved if I have a serious illness or injury, making sure they know who my Health Care Agent is, and what my wishes are.

*Thông báo đến những người có liên quan như các thành viên còn lại trong gia đình và bạn thân của tôi nếu tôi mắc phải chấn thương hoặc bệnh hiểm nghèo, đảm bảo rằng họ biết được Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe của tôi là ai, và những nguyện vọng của tôi là gì.*

### When to Review Your Advance Care Plan

*Khi Nào Tôi Nên Xem Lại Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

It is common to review and update an advance care plan regularly. You may want to review it with your annual physical exam or whenever any of the “Five D’s” occur.

*Xem lại và cập nhật thường xuyên kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai là việc bình thường. Có thể bạn sẽ muốn cân nhắc lại kế hoạch cùng với các kiểm tra thể chất định kỳ hàng năm hoặc có sự thay đổi của một trong “Năm Điều” sau:*

- **Decade:** when you start each new decade of your life.  
*Mỗi 10 Năm: khi bạn sắp bước sang 10 năm tiếp theo của cuộc đời.*
- **Death:** whenever you experience the death of a loved one.  
*Mất Mát: bất cứ khi nào bạn phải trải qua việc mất mát một người thân yêu.*
- **Divorce:** when you experience a divorce or other major family change.  
*Ly Hôn: khi bạn phải trải qua một cuộc ly hôn hoặc một biến cố lớn nào đó trong gia đình.*
- **Diagnosis:** when you are diagnosed with a serious health condition.  
*Chẩn Đoán Bệnh Tật: khi được chẩn đoán rằng bạn đang gặp vấn đề sức khỏe nghiêm trọng.*
- **Decline:** when you experience a significant decline or deterioration of an existing health condition, especially when you are unable to live on your own.  
*Sức Khỏe Suy Giảm: khi tình trạng sức khỏe hiện tại của bạn trải qua một sự suy giảm hoặc đi xuống nghiêm trọng, đặc biệt trong trường hợp bạn không còn khả năng tự sinh hoạt.*

The ACP of (Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của) \_\_\_\_\_ (print name) (tên viết hoa)

Birth Date (Ngày Tháng Năm Sinh) \_\_\_\_\_ Completion Date (Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn) \_\_\_\_\_

**Copies of This Document Have Been Given To:**

*Những Bản Sao Chép Của Tài Liệu Đây Sẽ Được Gửi Đến:*

**Primary (main) Health Care Agent**

*Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Chính*

Name (Tên): \_\_\_\_\_ Telephone (Số điện thoại): \_\_\_\_\_

**Alternate Health Care Agent**

*Người Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe Thay Thế*

Name (Tên): \_\_\_\_\_ Telephone (Số điện thoại): \_\_\_\_\_

**Health care Provider/Clinic/Hospital/Family Members**

*Nhà Cung Cấp Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe/Cơ Sở Y Tế/Bệnh Viện/Thành Viên Gia Đình*

Name (Tên): \_\_\_\_\_ Telephone (Số điện thoại): \_\_\_\_\_

Name (Tên): \_\_\_\_\_ Telephone (Số điện thoại): \_\_\_\_\_

Name (Tên): \_\_\_\_\_ Telephone (Số điện thoại): \_\_\_\_\_

Name (Tên): \_\_\_\_\_ Telephone (Số điện thoại): \_\_\_\_\_

Name (Tên): \_\_\_\_\_ Telephone (Số điện thoại): \_\_\_\_\_

The ACP of (*Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai của*) \_\_\_\_\_ (print name) (*tên viết hoa*)  
Birth Date (*Ngày Tháng Năm Sinh*) \_\_\_\_\_ Completion Date (*Ngày Hoàn Thành Mẫu Đơn*) \_\_\_\_\_

If your wishes change, fill out a new form. Give copies of the new document to everyone who has copies of your previous one. Tell them to destroy the previous version.

*Nếu bạn có mong muốn thay đổi nguyện vọng, hãy điền vào mẫu đơn mới. Đưa những bản sao của tài liệu mới tới những người mà bạn đã gửi bản sao của tài liệu cũ. Nhờ họ hủy bỏ bản sao của tài liệu cũ.*

# When You Want Help With Advance Care Planning

## *Khi Bạn Cần Giúp Đỡ Trong Việc Lên Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

Advance care planning gives you the chance to talk with others. Health care providers, family members and important others can help you explore options. For more information contact:

*Lên kế hoạch chăm sóc sức khỏe tương lai sẽ cho bạn cơ hội được trò chuyện cùng những người khác. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các thành viên gia đình và những người quan trọng khác sẽ giúp bạn tìm hiểu thêm các lựa chọn có sẵn. Để biết thêm thông tin, liên hệ:*

### **Bemidji**

Advance Care Planning Program

Phone: (218) 333-6060

Email: [acp.bemidji@sanfordhealth.org](mailto:acp.bemidji@sanfordhealth.org)

*Chương Trình Lên Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

*Số điện thoại: (218) 333-6060*

*Email: [acp.bemidji@sanfordhealth.org](mailto:acp.bemidji@sanfordhealth.org)*

### **Fargo**

Advance Care Planning Program

Phone: (701) 234-6966

Email: [FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org](mailto:FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org)

*Chương Trình Lên Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

*Số điện thoại: (701) 234-6966*

*Email: [FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org](mailto:FGO-CaseMgmt@SanfordHealth.org)*

### **Bismarck**

Advance Care Planning Program

Phone: (701) 323-1ACP (1227)

Email: [acp.bismarck@sanfordhealth.org](mailto:acp.bismarck@sanfordhealth.org)

*Chương Trình Lên Kế Hoạch Chăm Sóc Sức Khỏe Tương Lai*

*Số điện thoại: (701) 323-1ACP (1227)*

*Email: [acp.bismarck@sanfordhealth.org](mailto:acp.bismarck@sanfordhealth.org)*

### **Sioux Falls**

DeGroot Center

Phone: (605) 312-3520

Email: [acp.siouxfalls@sanfordhealth.org](mailto:acp.siouxfalls@sanfordhealth.org)

*Trung Tâm DeGroot*

*Số điện thoại: (605) 312-3520*

*Email: [acp.siouxfalls@sanfordhealth.org](mailto:acp.siouxfalls@sanfordhealth.org)*

