



Mẫu 3a - năm 2021

## Chỉ thị chăm sóc trước

Được thực hiện dưới sự

*Đạo luật Lập kế hoạch và Quyết định Điều trị Y tế 2016 (Vic.)*

Sau khi điền, ký tên và chứng kiến, Chỉ thị Chăm sóc Trước này sẽ thay thế bất kỳ Chỉ thị Chăm sóc Trước nào trước đây mà bạn có thể đã thực hiện. Dying With Dignity Victoria thực sự khuyến khích bạn chỉ nên điền vào biểu mẫu này sau khi đã cân nhắc kỹ lưỡng.

### 1. Thông tin cá nhân

Tên:	
Địa chỉ nhà:	
Trạng thái:	
Mã bưu điện:	
Ngày sinh:	

Tình trạng sức khỏe hiện tại của tôi tại thời điểm ký kết:

tôi rất khỏe
Bác sĩ của tôi khuyến khích rằng tôi đang bị <i>(mô tả chẩn đoán của bạn)</i> :

Đã ký: \_\_\_\_\_

Trang 1/11

## 2. Chỉ thị hướng dẫn

Chỉ thị Giảng dạy này là  **ràng buộc về mặt pháp lý** và thông báo các quyết định điều trị y tế của bạn trực tiếp cho các bác sĩ của bạn. Dying With Dignity Victoria thực sự khuyến khích bạn nên tham khảo ý kiến bác sĩ nếu muốn hoàn thành Chỉ thị Hướng dẫn này.

- **Chỉ thị hướng dẫn của bạn sẽ chỉ được sử dụng nếu bạn không có khả năng đưa ra quyết định điều trị y tế.**
- Các quyết định điều trị y tế của bạn trong Chỉ thị Hướng dẫn này có hiệu lực như thể bạn đã đồng ý hoặc từ chối bắt đầu hoặc tiếp tục điều trị y tế.
- Nếu bất kỳ tuyên bố nào của bạn không rõ ràng hoặc không chắc chắn trong các trường hợp cụ thể, nó sẽ trở thành Chỉ thị về Giá trị (xem trang 5).
- Dưới s51 của *Đạo luật Lập kế hoạch và Quyết định Điều trị Y tế*, bác sĩ sức khỏe có thể không được yêu cầu tuân thủ Chỉ thị hướng dẫn của bạn nếu hoàn cảnh đã thay đổi khiến việc thực hiện Chỉ thị không còn phù hợp với sở thích và mong muốn của bạn.

### Áp dụng Chỉ thị Hướng dẫn này

Chỉ thị hướng dẫn này phải được áp dụng **trừ khi**:

Đồng ý

Không đồng ý

Tôi chỉ bị mất năng lực thoáng qua (tạm thời), chẳng hạn như hạ đường huyết hoặc TIA (cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua) hoặc chấn động nhẹ.

Tôi đang bị bệnh nặng nhưng theo ý kiến của hai bác sĩ độc lập (ít nhất một bác sĩ chuyên khoa), tôi có khả năng hồi phục trở lại trạng thái độc lập và năng lực, mà không bị đau đớn về thể chất hoặc tâm lý.

Đã ký: \_\_\_\_\_

Trang 2/11

Tuân theo các điều kiện nêu trên trong "Áp dụng Chỉ thị hướng dẫn này", **Tôi tuyên bố rằng liên quan đến sự can thiệp hoặc điều trị y tế nhằm kéo dài hoặc duy trì cuộc sống của tôi:**

### Sự đối xử

tôi từ chối

tôi chấp nhận

Cho ăn nhân tạo (dinh dưỡng và / hoặc hydrat hóa)

Thuốc kháng sinh

Hô hấp nhân tạo

Bất kỳ quy trình phẫu thuật nào

Hỗ trợ tuần hoàn, bao gồm cả CPR

Điều chỉnh mức độ bất thường của bất kỳ chất độc hại nào

Truyền máu

Thuốc điều trị đường huyết cao / thấp

Thuốc điều trị huyết áp cao / thấp

Thẩm tách thận

Thêm nữa, **Tôi tuyên bố** rằng bất kỳ triệu chứng đau buồn dai dẳng nào (đau, khó thở và những triệu chứng do thiếu thức ăn và chất lỏng gây ra) sẽ **tối đa nhẹ nhàng** bằng cách giảm đau, an thần hoặc điều trị giảm nhẹ thích hợp (bao gồm giữ ẩm cho môi, miệng và mắt), mặc dù phương pháp điều trị giảm nhẹ đó cũng có thể gây ra hậu quả bổ sung là rút ngắn tuổi thọ của tôi.

Đã ký: \_\_\_\_\_

Trang 3/11

## Sa sút trí tuệ

Sa sút trí tuệ có thể được coi là tiến triển qua một số giai đoạn. Một phân loại có bảy giai đoạn, trong đó giai đoạn đầu (1-3) chỉ biểu hiện suy giảm nhẹ và giai đoạn sau (6-7) biểu hiện suy giảm nhận thức từ nặng đến rất nặng. Từ giai đoạn 5, một cá nhân bắt đầu cần sự hỗ trợ để tồn tại.

Với những giai đoạn tiến triển này, nếu tôi bị bác sĩ đánh giá là không đủ thẩm quyền để đưa ra quyết định về việc điều trị y tế của tôi và

Nếu tôi được chẩn đoán mắc bất kỳ giai đoạn nào của chứng sa sút trí tuệ.

Chỉ khi tôi được chẩn đoán mắc chứng sa sút trí tuệ giai đoạn 6.

Chỉ khi tôi được chẩn đoán mắc chứng sa sút trí tuệ giai đoạn 7.

và ngoài ra,

Bất kể liệu dịch vụ chăm sóc chính của tôi là tại gia đình / cộng đồng, hay trong một cơ sở giáo dục.

Chỉ khi tôi được nhận vào cơ sở chăm sóc liên tục.

**Sau đó, tôi tuyên bố rằng, ngoại trừ việc sử dụng kháng sinh cho các bệnh nhiễm trùng nhẹ không đe dọa tính mạng, tôi từ chối bất kỳ điều trị y tế nào với mục đích hoặc kết quả là kéo dài sự sống của tôi (như liệt kê ở trang 3 ở trên):**

Ngay cả khi tôi có vẻ bằng lòng theo đánh giá của Người ra quyết định điều trị y tế của tôi.

Ngoại trừ trường hợp tôi có vẻ nội dung như được Người ra quyết định điều trị y tế của tôi đánh giá (và điều kiện này có thể bị thu hồi nếu tôi không còn nội dung nữa).

**Tôi cũng tuyên bố rằng:**

Tôi từ chối dinh dưỡng và hydrat hóa bằng cách đút bằng thìa hỗ trợ trong mọi trường hợp.

Tôi chấp nhận việc cho ăn bằng thìa nhưng chỉ khi tôi có vẻ tự nguyện chấp nhận việc này và thưởng thức đồ ăn của mình, theo đánh giá của Người ra Quyết định Điều trị Y tế của tôi.

Điều kiện này có thể bị hủy bỏ nếu MTDM của tôi sau đó đánh giá rằng tôi không tự nguyện chấp nhận việc cho trẻ ăn bằng thìa hoặc không có vẻ thích thú với việc cho trẻ ăn như vậy.

•Xem Bảy giai đoạn của bệnh Alzheimer của Reisberg [đây](#) .

Đã ký: \_\_\_\_\_

Trang 4/11

### 3. Chỉ thị về Giá trị

Tham khảo trang web MyValues ([www.myvalues.org.au](http://www.myvalues.org.au)) để có ý tưởng giúp hướng dẫn câu trả lời cho phần này.

Nếu bạn đã hoàn thành và ký tên vào Chỉ thị hướng dẫn trên trang 2-3 một cách hợp lý, nó sẽ được ưu tiên hơn các tùy chọn mà bạn có thể thể hiện trong Chỉ thị về giá trị này. **Đảm bảo rằng không có điều gì trong Chỉ thị về giá trị của bạn mâu thuẫn với những gì bạn đã hướng dẫn trong Chỉ thị về giá trị của mình.**

Bạn không cần phải hoàn thành tất cả các phần của Chỉ thị về Giá trị này.

(một) Điều gì quan trọng nhất trong cuộc sống của tôi (sống tốt có ý nghĩa như thế nào đối với bạn?)

*Các điểm cần xem xét trong phần này có thể là tín ngưỡng tôn giáo hoặc văn hóa, gia đình và bạn bè, sở thích tinh thần và tính độc lập. Giải thích tại sao những điều này lại quan trọng đối với bạn, để Người ra Quyết định Điều trị Y tế của bạn hiểu chất lượng cuộc sống có ý nghĩa như thế nào đối với bạn.*

Đã ký: \_\_\_\_\_

(b) Điều khiến tôi lo lắng nhất về tương lai của mình là:

*Đối với một số người, điều này có thể bao gồm đau đớn, chuyển đến cơ sở chăm sóc, không thể duy trì chăm sóc cá nhân, không thể tham gia vào các hoạt động xã hội / gia đình hoặc mất khả năng giao tiếp.*

(c) Đối với tôi, kết quả không thể chấp nhận được của việc điều trị y tế sau khi bị bệnh hoặc bị thương là:

*Đối với một số người, việc không thể nhận ra gia đình và bạn bè là điều không thể chấp nhận được. Những người khác có thể không muốn phụ thuộc vào máy móc hoặc người chăm sóc.*

(d) Những điều khác tôi muốn biết là:

*Các vấn đề khác mà bạn muốn Người ra Quyết định Điều trị Y tế của mình xem xét. Đây có thể là nơi chăm sóc ưu tiên của bạn, các thủ tục điều trị y tế hoặc các yêu cầu về tâm linh / tôn giáo / văn hóa.*

(e) Những người khác mà tôi muốn tham gia vào các cuộc thảo luận về dịch vụ chăm sóc của tôi là:

*Cung cấp cho Người ra Quyết định Điều trị Y tế của bạn thông tin chi tiết về bất kỳ người nào khác mà bạn muốn (hoặc không muốn) tham gia vào các cuộc thảo luận về dịch vụ chăm sóc y tế của bạn.*

(f) Nếu tôi sắp chết, những điều sau đây sẽ quan trọng đối với tôi:

*Cần nhắc những người bạn muốn giới thiệu. Bạn có thể muốn bản nhạc yêu thích của mình được phát, những bức ảnh xung quanh bạn hoặc để có thú cưng của bạn đi cùng.*

## Hiển tạng nội tạng

Trong trường hợp tôi chết:

Tôi sẵn sàng được xem xét cho việc hiến tạng nội tạng và mô, đồng thời công nhận rằng các can thiệp y tế có thể cần thiết để việc hiến tạng diễn ra

Tôi không sẵn sàng được xem xét để hiến tạng mô và tạng.

**Tôi tuyên bố rằng tôi đã hoàn thành tài liệu này sau khi xem xét cẩn thận.**

**Tôi có quyền thu hồi Chỉ thị Chăm sóc Trước này bất kỳ lúc nào, nhưng trừ khi tôi làm vì vậy, nó nên được sử dụng để đại diện cho hướng tiếp tục của tôi.**



## 4. Người ra quyết định điều trị y tế

XIN LƯU Ý: Phần này chỉ liệt kê / những Người ra Quyết định Điều trị Y tế của bạn. Nó có không phải chính thức bổ nhiệm người giữ vai trò Người ra quyết định khám bệnh, chữa bệnh. Điều này phải được thực hiện bằng cách điền vào biểu mẫu *Bổ nhiệm Người ra Quyết định Điều trị Y tế*.

Tôi đã chỉ định làm / s Người ra Quyết định Điều trị Y tế của mình:

Người ra quyết định điều trị y tế 1

Tên:	
Ngày sinh:	
Địa chỉ nhà:	
Số điện thoại:	

Người ra quyết định điều trị y tế 2

Tên:	
Ngày sinh:	
Địa chỉ nhà:	
Số điện thoại:	

Đã ký: \_\_\_\_\_

## 5. Chứng kiến

Bạn phải ký ở đăng trước hai người lớn làm chứng.

Người làm chứng 1 phải là người hành nghề y tế. Nhân chứng 2 có thể là một người lớn khác.

Không nhân chứng nào có thể là người mà bạn đã chỉ định làm Người ra Quyết định Điều trị Y tế của bạn.

Chữ ký của bạn:	
Ngày tháng:	

Mỗi nhân chứng xác nhận rằng:

- Tại thời điểm ký tài liệu, người đưa ra Chỉ thị về Chăm sóc trước đường như có năng lực ra quyết định liên quan đến từng tuyên bố trong Chỉ thị
- Tại thời điểm ký tài liệu, người đưa ra Chỉ thị về việc chăm sóc trước đường như hiểu bản chất và tác dụng của từng tuyên bố trong Chỉ thị
- Người đó có vẻ tự do và tự nguyện ký vào tài liệu
- Người đó đã ký vào tài liệu với sự có mặt của tôi và trước sự chứng kiến của nhân chứng thứ hai, và
- Tôi không phải là Người ra Quyết định Điều trị Y tế được chỉ định của người đó.

Nhân chứng 1 - Bác sĩ hành nghề đã đăng ký

Họ và tên:	
Trình độ chuyên môn và Số AHPRA:	
Đã ký:	
Ngày tháng:	

Nhân chứng 2 - Một người lớn khác

Họ và tên:	
Đã ký:	
Ngày tháng:	

Đã ký: \_\_\_\_\_

## Làm gì với biểu mẫu này

- Giữ biểu mẫu ban đầu với bạn. Đưa bản sao cho Người ra Quyết định Điều trị Y tế của bạn, gia đình, bạn bè và bất kỳ bác sĩ điều trị nào. Giữ các bản sao dự phòng với bạn trong trường hợp bạn nhập viện hoặc sẽ được điều trị bởi bất kỳ bác sĩ hoặc chuyên viên y tế bổ sung nào.
- Đảm bảo Người ra Quyết định Điều trị Y tế của bạn đã đọc và hiểu hoàn toàn biểu mẫu.
- Chỉ thị Chăm sóc trước của bạn có thể được tải lên Hồ sơ Sức khỏe của Tôi.

## Nhận xét

Dying With Dignity Victoria thực sự khuyên bạn nên thường xuyên xem lại tài liệu này, vì mong muốn của bạn có thể thay đổi hoặc có thể có những tiến bộ trong công nghệ y tế. Bạn nên xem lại tài liệu hai năm một lần hoặc nếu tình trạng sức khỏe của bạn thay đổi đáng kể.

Mỗi lần bạn xem lại tài liệu của mình và mong muốn của bạn có không phải đã thay đổi, ký tên và ghi ngày vào một trong các xác nhận dưới đây. Nếu mong muốn của bạn đã thay đổi, bạn phải hoàn thành Chỉ thị Chăm sóc Trước mới.

### Đánh giá tài liệu: 1

Tôi khẳng định rằng tôi đã xem xét tài liệu này và không có gì tôi muốn thay đổi.

Đã ký:	
Ngày tháng:	

### Đánh giá tài liệu: 2

Tôi khẳng định rằng tôi đã xem xét tài liệu này và không có gì tôi muốn thay đổi.

Đã ký:	
Ngày tháng:	

### Đánh giá tài liệu: 3

Tôi khẳng định rằng tôi đã xem xét tài liệu này và không có gì tôi muốn thay đổi.

Đã ký:	
Ngày tháng:	