



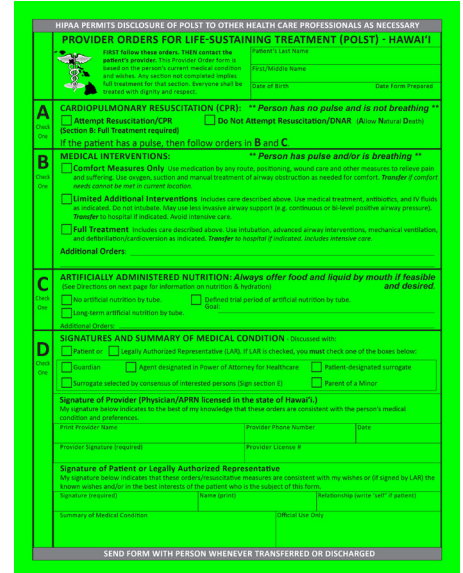
**Kōkua Mau**  
 “Chăm sóc Tiếp tục”

Hawai‘i Hospice and Palliative Care  
 Organization

## Introduction to the Vietnamese translation of the Hawai‘i POLST Form

POLST (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment) is a medical order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on a distinctive bright green form and signed by the patient and her/his physician or Advanced Practice Registered Nurse (APRN), POLST specifies the type of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.

This is a Vietnamese translation of the Hawai‘i POLST Form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient’s wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.



For questions in English, contact your healthcare provider, doctor, or health insurance company. For additional information, go to: [www.kokuamau.org](http://www.kokuamau.org).

## Giới thiệu bản dịch Tiếng Việt Mẫu POLST Hawai‘i

POLST (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment: Lệnh Nhà Cung Cấp Điều Trị Duy Trì Mạng Sống) là một lệnh y tế cho phép bệnh nhân kiểm soát chăm sóc cuối đời nhiều hơn. Được lập trên một mẫu màu xanh sáng đặc biệt và ký bởi bệnh nhân và nhà cung cấp hoặc Điều Dưỡng Thực Hành Nâng Cao (APRN), POLST chỉ rõ loại hình điều trị bệnh nhân muốn nhận được khi cuối đời.

Đây là bản dịch Tiếng Việt Mẫu POLST Hawai‘i. Mẫu được dịch chỉ nhằm mục đích giáo dục khi thảo luận về các nguyện vọng của bệnh nhân ghi trên mẫu POLST. Mẫu POLST đã ký phải bằng Tiếng Anh để nhân viên cấp cứu có thể đọc và làm theo lệnh.

Nếu có thắc mắc bằng Tiếng Anh, liên hệ nhà cung cấp chăm sóc sức khỏe, nhà cung cấp, hoặc công ty bảo hiểm sức khỏe. Để biết thêm thông tin, truy cập: [www.kokuamau.org](http://www.kokuamau.org).

This page is left intentionally blank

**HIPAA CHO PHÉP TIẾT LỘ POLST CHO CÁC CHUYÊN VIÊN CHĂM SÓC SỨC KHỎE KHÁC NẾU CẦN**

**VIETNAMESE**

**LỆNH NHÀ CUNG CẤP ĐIỀU TRỊ DUY TRÌ MẠNG SỐNG (PROVIDER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT, POLST) - HAWAII**



**TRƯỚC HẾT** hãy tuân hành các lệnh này. **SAU ĐÓ** liên lạc với nhà cung cấp của bệnh nhân. Đây là Tờ Lệnh Nhà Cung Cấp dựa trên tình trạng y khoa hiện nay và ý nguyện của bệnh nhân. Bất cứ đoạn nào không điền thì hàm ý là điều trị toàn bộ cho đoạn đó. Mọi người phải được đối xử trọng nhân phẩm và tôn

Họ Bệnh Nhân

Tên/Tên Lót

Ngày Sinh

Ngày Lập Mẫu

**A**

Chọn Một

**HỒI SINH TIM PHỔI (CPR):**

**\*\* Nếu người này không có mạch đập và không thở \*\***

**Cố Hồi Sinh/CPR**

**Đừng Cố Hồi Sinh/DNR (Để Chết Tự Nhiên)**

(Mục B: Điều Trị Hoàn Toàn yêu cầu)

Nếu bệnh nhân có mạch đập, thì làm theo lệnh tại **B** và **C**.

**B**

Chọn Một

**CAN THIỆP Y KHOA:**

**\*\* Nếu người này có mạch đang đập và/hoặc đang thở \*\***

**Chỉ Áp Dụng Các Biện Pháp Giúp Thoải Mái** Giảm đau và khổ sở bằng cách dùng thuốc theo bất cứ cách, tư thế nào, chăm sóc vết thương và các biện pháp khác. Dùng dưỡng khí, hút và thông vật cản khí quản bằng tay nếu cần để được thoải mái. *Chỉ **thuyên chuyển** tới bệnh viện nếu không thể đáp ứng được các nhu cầu thoải mái tại địa điểm hiện nay.*

**Can Thiệp Bổ Túc Giới Hạn** Bao gồm chăm sóc mô tả trên. Áp dụng biện pháp điều trị y khoa, thuốc trụ sinh, và chất lỏng truyền IV theo chỉ dẫn. *Đừng luồn ống. Có thể sử dụng hỗ trợ đường thở ít xâm lấn (ví dụ như áp lực đường thở dương tính liên tục hoặc hai cấp độ). **Thuyên chuyển** đến bệnh viện như chỉ dẫn. **Tránh chăm sóc chuyên sâu.***

**Điều Trị Toàn Bộ** Bao gồm chăm sóc mô tả bên trên. Sử dụng ống luồn, các biện pháp can thiệp khí quản tân tiến, thông khí bằng dụng cụ, và kích thích tim bằng điện theo chỉ thị. ***Thuyên chuyển** đến bệnh viện như chỉ dẫn. Bao gồm chăm sóc chuyên sâu.*

Các Lệnh Khác: \_\_\_\_\_

**C**

Chọn Một

**TIẾP DINH DƯỠNG NHÂN TẠO: CHỈ CHO ĂN BẰNG MIỆNG NẾU CÓ THỂ ĐƯỢC VÀ NẾU MUỐN.**

(Xem Hướng Dẫn ở trang tiếp theo để biết thông tin về dinh dưỡng & hydrat hóa)

Không có phương tiện tiếp dinh dưỡng nhân tạo, kể cả ống truyền thức ăn.

Giai đoạn thử tiếp dinh dưỡng nhân tạo, kể cả ống truyền thức ăn.

Mục tiêu: \_\_\_\_\_

Tiếp dinh dưỡng nhân tạo dài hạn, kể cả ống truyền thức ăn.

Các Lệnh Khác: \_\_\_\_\_

**D**

Chọn Một

**CHỮ KÝ VÀ TÓM TẮT TÌNH TRẠNG Y TẾ** - Đã thảo luận với:

Bệnh Nhân hoặc  Đại Diện Ủy Quyền Hợp Pháp (LAR). Nếu LAR được chọn, bạn phải chọn một ô bên dưới:

Người Giám Hộ  Người đại diện được chỉ định trong Giấy Ủy Quyền Chăm Sóc Sức Khỏe  Người thay thế do bệnh nhân chỉ định

Người thay thế được chọn theo sự đồng thuận của những người liên quan (Ký vào mục E)  Cha/Mẹ của Trẻ Vị Thành Niên

**Chữ Ký của Nhà Cung Cấp (Bác Sĩ/APRN được cấp phép tại tiểu bang Hawaii.)**

Chữ ký bên dưới thể hiện sự hiểu biết tốt nhất của tôi rằng các lệnh này phù hợp với tình trạng y khoa và ý muốn của bệnh nhân.

Tên Chữ In của Nhà Cung Cấp

Số Điện Thoại của Nhà Cung Cấp

Ngày

Giấy Phép của Nhà Cung Cấp #

**Chữ Ký Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Ủy Quyền Hợp Pháp**

Chữ ký của tôi dưới đây chỉ ra rằng các lệnh/biện pháp hồi sinh là phù hợp với mong muốn của tôi hoặc (nếu được ký bởi LAR) các mong muốn được biết và/hoặc lợi ích tốt nhất của bệnh nhân là đối tượng của mẫu này.

Tên (viết chữ in)

Quan hệ (viết 'bản thân' nếu là bệnh nhân)

Tóm Tắt Tình Trạng Y Tế

Chỉ Sử Dụng Chính Thức

**Vietnamese version is for educational purposes only. Phiên bản Tiếng Việt chỉ nhằm mục đích giáo dục.**

The signed Hawaii POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow orders. Mẫu POLST Hawaii đã ký phải bằng Tiếng Anh để nhân viên cấp cứu có thể đọc và làm theo lệnh.

**GỬI MẪU THEO VỚI NGƯỜI NÀY BẤT CỨ KHI NÀO THUYỀN CHUYỂN HOẶC XUẤT VIỆN**

# HIPAA CHO PHÉP TIẾT LỘ POLST CHO CÁC CHUYÊN VIÊN CHĂM SÓC SỨC KHỎE KHÁC NẾU CẦN

Tên Bệnh Nhân (họ, tên, tên lót)		Ngày Sinh	Phái Tính <b>Nam Nữ</b>
<b>Người Liên Lạc Khẩn Cấp Ưu Tiên của Bệnh Nhân hoặc Đại Diện Ủy Quyền Hợp Pháp</b>			
Tên	Địa chỉ	Số Điện Thoại	
Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe Lập Mẫu	Chức Danh Người Lập	Số Điện Thoại	Ngày Lập Mẫu

## **E** NGƯỜI THAY THẾ ĐƯỢC CHỌN THEO SỰ ĐỒNG THUẬN CỦA NHỮNG NGƯỜI LIÊN QUAN (Đại Diện Ủy Quyền Hợp Pháp như được trình bày trong mục D)

Tôi đưa ra tuyên bố này theo hình phạt khi nói dối để thiết lập quyền hạn của tôi làm đại diện ủy quyền hợp pháp cho bệnh nhân có tên trên mẫu này. Bệnh nhân đã được xác định bởi bác sĩ chính là không đủ năng lực ra quyết định và không có người đại diện chăm sóc sức khỏe hoặc người giám hộ theo chỉ định của tòa án hoặc người thay thế được bệnh nhân chỉ định đã được bổ nhiệm hoặc người đại diện hoặc người giám hộ hoặc người thay thế được chỉ định không có mặt hợp lý. Bác sĩ chính hoặc người được chỉ định của bác sĩ đã nỗ lực hợp lý để xác tìm kiếm càng nhiều người liên quan càng tốt và đã thông báo cho những người đó về tình trạng không đủ năng lực của bệnh nhân và rằng người ra quyết định người thay thế nên được lựa chọn cho bệnh nhân. Kết quả là tôi đã được lựa chọn với tư cách người ra quyết định người thay thế của bệnh nhân theo Đạo Luật Sửa Đổi Hawai'i §327E-5. Tôi đã đọc mục C bên dưới và hiểu rõ các giới hạn về quyết định duy trì hoặc rút bỏ dinh dưỡng và thủy dưỡng nhân tạo.

Tên	Quan hệ
-----	---------

## CHỈ DẪN CHO CHUYÊN VIÊN CHĂM SÓC SỨC KHỎE

### Điền POLST

- Phải được một chuyên viên chăm sóc sức khỏe điền dựa trên các ý muốn và tình trạng y khoa của bệnh nhân.
- POLST phải có chữ ký của Bác Sĩ hoặc Điều Dưỡng Thực Hành Nâng Cao (APRN) được cấp phép tại tiểu bang Hawai'i và bệnh nhân hoặc đại diện ủy quyền hợp pháp của bệnh nhân mới có giá trị. Không chấp nhận lệnh bằng lời nói của nhà cung cấp.
- Khuyến khích sử dụng mẫu gốc. Bản sao hoặc bản fax mẫu POLST được ký có hiệu lực và hợp lệ.

### Sử dụng POLST

- Bất cứ đoạn nào không điền của POLST thì hàm ý là điều trị toàn bộ cho đoạn đó.

#### Mục A:

- Không nên dùng máy kích thích tim (bao gồm máy kích thích tim tự động bên ngoài) đối với người đã chọn "Đừng Cố Hồi Sinh."

#### Mục B:

- Khi không thể giúp đem lại thoải mái trong môi trường hiện tại, thì người đó, gồm cả người chọn "Chỉ Áp Dụng Các Biện Pháp Giúp Thoải Mái," nên được chuyển đến một môi trường có thể đem lại thoải mái (chẳng hạn như điều trị nút xương hông).
- Truyền IV thuốc để tăng cường sự thoải mái có thể phù hợp cho người đã chọn "Chỉ Áp Dụng Các Biện Pháp Giúp Thoải Mái."
- Nếu người đó muốn được truyền chất dịch IV, hãy ghi "Can Thiệp Giới Hạn" hoặc "Điều Trị Toàn Bộ."

#### Mục C:

- Bệnh nhân hoặc đại diện ủy quyền hợp pháp có thể ra quyết định về dinh dưỡng nhân tạo hoặc hydrat hóa. Tuy nhiên, người tha thế không được chỉ định bởi bệnh nhân (người thay thế được chọn theo sự đồng thuận của những người liên quan) chỉ có thể ra quyết định duy trì hoặc rút bỏ dinh dưỡng và thủy dưỡng nhân tạo khi bác sĩ chính và bác sĩ độc lập thứ hai xác thực trong hồ sơ y tế của bệnh nhân rằng việc cung cấp hoặc tiếp tục cung cấp dinh dưỡng và thủy dưỡng nhân tạo chỉ đang kéo dài hành động hấp hối và bệnh nhân rất khó có bất cứ phản ứng thần kinh nào trong tương lai. HRS §327E-5.

### Xem Lại POLST

Nên xem lại POLST định kỳ. Nên xem lại khi:

- Người này được chuyển từ một môi trường hoặc cấp chăm sóc sang một môi trường hoặc cấp khác, hoặc
- Có nhiều thay đổi về tình trạng sức khỏe của người này, hoặc
- Các ý muốn điều trị của người này thay đổi.

### Cải Biến và Hủy Bỏ POLST

- Một bệnh nhân minh mẫn hoặc, nếu không minh mẫn thì đại diện ủy quyền hợp pháp có thể yêu cầu điều trị cách khác hoặc thu hồi POLST bằng bất cứ phương tiện gì cho thấy được ý định thu hồi vào bất cứ lúc nào.
- Để vô hiệu lực hoặc sửa đổi mẫu, nên gạch một đường qua Mục A đến D, viết chữ "VOID - VÔ HIỆU" bằng khổ chữ lớn trên bản gốc và tất cả bản sao. Ký tên và đề ngày dòng chữ này. Hoàn thành mẫu POLST mới cho biết các sửa đổi.
- Nhà Cung Cấp của bệnh nhân có thể đánh giá về mặt y khoa cho bệnh nhân và khuyến nghị lệnh mới dựa trên tình trạng sức khỏe hiện tại của bệnh nhân và các mục tiêu chăm sóc.

## Kōkua Mau – Hawai'i Hospice and Palliative Care Organization

Kōkua Mau là cơ quan quản lý thực hiện POLST tại Hawai'i. Truy cập [www.kokuamau.org/polst](http://www.kokuamau.org/polst) để tải xuống bản sao hoặc tìm thêm thông tin về POLST. Mẫu này đã được Bộ Y Tế thông qua tháng 7 năm 2014

Kōkua Mau • PO Box 62155 • Honolulu HI 96839 • [info@kokuamau.org](mailto:info@kokuamau.org) • [www.kokuamau.org](http://www.kokuamau.org)

**GỬI MẪU THEO VỚI NGƯỜI NÀY BẤT CỨ KHI NÀO THUYỀN CHUYỂN HOẶC XUẤT VIỆN**