



Introduction to the Vietnamese Translation of POLST Form

POLST is a physician order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on a distinctive bright pink form and signed by both the physician and patient, POLST specifies the types of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.

This is a Vietnamese translation of the California 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, email polst@californiahealthcare.org or call [800.732.5227](tel:8007325227). To learn more about POLST, visit www.polst.org.

Giới Thiệu Bản Dịch Tiếng Việt Mẫu POLST

POLST là lệnh của bác sĩ để cho bệnh nhân nhiều quyền kiểm soát hơn đối với việc chăm sóc cuối cuộc đời của họ. Được in ấn trên mẫu đặc thù màu sáng hồng và có chữ ký của cả bác sĩ lẫn bệnh nhân, POLST xác định các loại điều trị y tế mà bệnh nhân mong muốn nhận được vào cuối cuộc đời.

Đây là một bản dịch tiếng Việt của mẫu POLST California. Mẫu dịch ra tiếng Việt dành cho các mục đích giáo dục này chỉ được sử dụng khi thảo luận ước muốn của một bệnh nhân như đã ghi trong mẫu POLST. Mẫu POLST đã ký tên phải bằng tiếng Anh để nhân viên cấp cứu có thể đọc và làm theo các chỉ thị đó.

Nếu có thắc mắc bằng tiếng Anh, xin email cho polst@californiahealthcare.org hoặc gọi số [800.732.5227](tel:8007325227).
Muốn tìm hiểu thêm về POLST, vào xem www.polst.org.



Lệnh Bác Sĩ Điều Trị Duy Trì Mạng Sống (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

Trước hết hãy tuân hành các lệnh này, sau đó liên lạc với bác sĩ. Đây là Tờ Lệnh Bác Sĩ 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. Bản sao của mẫu POLST có chữ ký là hợp pháp và hợp lệ. POLST bổ túc Chỉ Thị Trước và không có mục đích thay thế văn kiện đó. Mọi người phải được đối xử trọn nhân phẩm và tôn trọng.

Họ Bệnh Nhân:	Ngày Lập Mẫu:
Tên Bệnh Nhân:	Ngày Sinh của Bệnh Nhân:
Tên Lót của Bệnh Nhân:	Số Hồ Sơ Y Khoa: (tùy ý)

A HỒI SINH TIM PHỔI (CPR): *Nếu người này không có mạch đập và không thở. Khi KHÔNG bị ngưng hoạt động tim phổi, hãy áp dụng các lệnh trong Đoạn B và C.*

Đánh Dấu Vào Một

Cố Hồi Sinh/CPR (Chọn CPR trong Đoạn A thì phải chọn Điều Trị Toàn Bộ trong Đoạn B)

Đừng Cố Hồi Sinh/DNR (Allow Natural Death) (Để Chết Tự Nhiên)

B CAN THIỆP Y KHOA: *Nếu người này có mạch đang đập và/hoặc đang thở.*

Đánh Dấu Vào Một

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 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 Ngoài dịch vụ chăm sóc nêu trong đoạn Chỉ Áp Dụng Các Biện Pháp Giúp Thoải Mái, hãy áp dụng biện pháp điều trị y khoa, thuốc trụ sinh, và chất lỏng truyền IV theo chỉ dẫn. Đừng luôn ống. Có thể dùng cách bơm không khí có áp suất cao vào khí quản mà không xâm phạm đến cơ thể. Nói chung tránh chăm sóc cấp tính.

Chỉ chuyển tới bệnh viện nếu không thể đáp ứng được các nhu cầu thoải mái tại địa điểm hiện nay.

Điều Trị Toàn Bộ Ngoài dịch vụ chăm sóc nêu trong các đoạn Chỉ Áp Dụng Các Biện Pháp Giúp Thoải Mái và Can Thiệp Bổ Túc Giới Hạn, hãy sử dụng ống luôn, 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 tới bệnh viện nếu cần. Gồm cả chăm sóc cấp tính.**

Các Lệnh Khác: _____

C TIẾP DINH DƯỠNG NHÂN TẠO: *Chỉ cho ăn bằng miệng nếu có thể được và nếu muốn.*

Đánh Dấu Vào Một

Không có phương tiện tiếp dinh dưỡng nhân tạo, kể cả ống truyền thức ăn. Các Lệnh Khác: _____

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

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

D CHỈ THỊ VÀ CHỮ KÝ:

Đã thảo luận với: Bệnh Nhân (Bệnh Nhân Minh Mẫn) Người Quyết Định Được Công Nhận Hợp Pháp

Chỉ Thị Trước làm ngày _____ có và đã xem → Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe nếu có tên trong Chỉ Thị Trước:

Chỉ Thị Trước không có ở đây Tên: _____

Không có Chỉ Thị Trước Điện Thoại: _____

Chữ Ký Bác Sĩ
 Chữ ký của tôi dưới đây cho biết là theo hết khả năng hiểu biết của tôi thì các lệnh này phù hợp với tình trạng y khoa và ý nguyện của bệnh nhân.

Viết Tên Bác Sĩ Bằng Chữ In:	Số Điện Thoại của Bác Sĩ:	Số Giấy Phép Hành Nghề của Bác Sĩ:
Chữ Ký Bác Sĩ:XX	Ngày:	

Chữ Ký Bệnh Nhân hoặc của Người Quyết Định Được Công Nhận Hợp Pháp
 Khi ký vào mẫu này, người quyết định được công nhận hợp pháp nhìn nhận rằng yêu cầu này về các biện pháp hồi sinh phù hợp với các ý muốn được biết, và cho quyền lợi tốt nhất, của người là đối tượng trong mẫu này.

Viết Tên Chữ In:	Liên Hệ: (viết chính bản thân tôi nếu là bệnh nhân)	
Chữ Ký:XX	Ngày:	
Địa Chỉ:	Số Điện Thoại Ban Ngày:	Số Điện Thoại Buổi Tối:

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

Chi Tiết về Bệnh Nhân

Tên (họ, tên, tên lót):	Ngày Sinh:	Phái Tính: Nam Nữ
-------------------------	------------	-----------------------------

Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe Giúp Làm Mẫu Đây

Tên:	Danh Xưng:	Số Điện Thoại:
------	------------	----------------

Người Liên Lạc Khác

Tên:	Liên Hệ với Bệnh Nhân:	Số Điện Thoại:
------	------------------------	----------------

Chỉ Dẫn cho Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe

Điền POLST

- Điền mẫu POLST là do tự nguyện. Luật California đòi hỏi các chuyên viên chăm sóc sức khỏe phải tuân hành mẫu POLST, và dành quyền miễn tố cho những người thành tâm tuân hành. Trong bệnh viện, bệnh nhân sẽ được một bác sĩ thẩm định và sẽ ra lệnh thích hợp.
- POLST không thay thế Chỉ Thị Trước. Khi có thì hãy xem lại Chỉ Thị Trước và mẫu POLST để bảo đảm đồng nhất, và cập nhật các mẫu cho phù hợp hầu giải quyết bất cứ mâu thuẫn nào.
- POLST phải được một chuyên viên chăm sóc sức khỏe điền dựa trên các ý muốn và tình trạng y khoa của bệnh nhân.
- Một người quyết định được công nhận hợp pháp có thể gồm một người quản hộ hoặc giám hộ do tòa bổ nhiệm, người đại diện được chỉ định trong Chỉ Thị Trước, người thay mặt được chỉ định bằng miệng, người phối ngẫu, người bạn tình trong nhà có ghi danh, cha/mẹ của một vị thành viên, thân nhân gần nhất có ở đó, hoặc người mà bác sĩ của bệnh nhân tin là biết được những gì phù hợp với quyền lợi tốt nhất của bệnh nhân và sẽ quyết định theo các ý nguyện và giá trị đã được bệnh nhân bày tỏ nếu biết.
- POLST phải có chữ ký của một bác sĩ và bệnh nhân hoặc người quyết định thì mới có giá trị. Các lệnh bằng miệng có thể được chấp nhận nếu có chữ ký tiếp theo của bác sĩ theo đúng chính sách của cơ sở/cộng đồng đó.
- Một số bệnh trạng hoặc cách điều trị có thể khiến một người không thể cư ngụ trong một cơ sở nội trú dành cho người cao niên.
- Nếu bản dịch mẫu này được dùng cho bệnh nhân hoặc người quyết định, hãy kèm theo mẫu POLST bằng tiếng Anh có chữ ký.
- Nên dùng bản chính của mẫu này. Bản sao và bản FAX của các mẫu POLST vẫn hợp pháp và hợp lệ. Nên lưu một bản sao trong hồ sơ y khoa của bệnh nhân, dùng giấy Cứng Hồng khi có thể được.

Sử Dụng POLST

- Bất cứ đoạn nào không điền đầy đủ trong POLST đều hàm ý là điều trị toàn bộ cho đoạn đó.

Đoạn A:

- Nếu thấy bệnh nhân không có mạch đập và không thở, không nên dùng máy kích thích tim bằng điện (kể cả máy kích thích bằng điện tự động bên ngoài) hoặc nhồi ép ngực cho người đã chọn “Đừng Cố Hồi Sinh.”

Đoạn 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 nứt xương hông).
- Phương pháp bơm không khí có áp suất cao vào khí quản mà không xâm phạm đến cơ thể gồm cả bơm liên tục không khí có áp suất cao vào khí quản (CPAP), bơm không khí có áp suất cao vào khí quản hai cấp (BiPAP), và máy hô hấp có mặt nạ túi van (BVM).
- Truyền IV thuốc trụ sinh và nước nói chung không phải là “Các Biện Pháp Giúp Thoải Mái.”
- Điều trị khô người kéo dài mạng sống. Nếu người đó muốn được truyền chất dịch IV, hãy ghi “Can Thiệp Giới Hạn” hoặc “Điều Trị Toàn Bộ.”
- Tùy theo thủ tục EMS địa phương, “Các Lệnh Khác” ghi trong Đoạn B có thể không được nhân viên EMS thực thi.

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 có thể yêu cầu điều trị cách khác bất cứ lúc nào.
- Một bệnh nhân minh mẫn có thể thu hồi POLST bất cứ lúc nào bằng bất cứ phương tiện gì cho thấy được ý định thu hồi. Nên ghi quyết định thu hồi bằng cách gạch một đường qua Đoạn A đến D, viết chữ “VOID” bằng khổ chữ lớn, và ký tên và đề ngày dòng chữ này.
- Người quyết định được công nhận hợp pháp có thể cộng tác với bác sĩ để yêu cầu cải biến các lệnh, dựa trên các ý muốn được biết của người này hoặc, nếu biết, các quyền lợi tốt nhất của người này.

Mẫu này được Cơ Quan Dịch Vụ Cấp Cứu Y Tế California đồng phê chuẩn với Toán Đặc Nhiệm POLST Toàn Tiểu Bang.

Muốn biết thêm chi tiết hoặc có mẫu này, hãy đến www.caPOLST.org.

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