

Introduction to the Vietnamese translation of the POLST form

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. Printed on a bright pink form and signed by the patient and by a physician, nurse practitioner or physician assistant, POLST lists the types of medical treatment that a patient wishes to receive during serious illness.

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 info@capolst.org or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit www.caPOLST.org.

Giới thiệu bản dịch tiếng Việt mẫu POLST

POLST là lệnh y tế để cho bệnh nhân nhiều quyền kiểm soát hơn đối với việc chăm sóc của họ trong lúc bị bệnh nặng. Được in trên mẫu có màu hồng tươi và có chữ ký của cả bệnh nhân và một bác sĩ, điều dưỡng cao cấp, hoặc phụ tá bác sĩ, POLST liệt kê các loại điều trị y tế mà bệnh nhân mong muốn nhận được trong lúc bị bệnh nặng.

Đây là một bản dịch tiếng Việt của mẫu POLST California. Mẫu dịch ra tiếng Việt dành cho các mục đích giáo dục 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 info@capolst.org hoặc gọi số (916) 489-2222. Muốn tìm hiểu thêm về POLST, xin đến www.caPOLST.org.

This page is left intentionally blank.



EMSA #111 B
 (Có hiệu lực 1/1/2016)*

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/NP/PA. Bản sao của mẫu POLST có chữ ký là lệnh hợp lệ của bác sĩ về mặt pháp lý. Bất cứ đoạn nào không điền thì hàm ý là điều trị toàn bộ cho đoạn đó. **POLST bỏ túc Chỉ Thị Trước và không có mục đích thay thế văn kiện đó.**

| | |
|------------------------|--------------------------|
| 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 Đánh Dấu Vào Một | HỒI SINH TIM PHỔI (CPR): | Nếu bệnh nhân không có mạch đập và không thở: |
| | Nếu bệnh nhân KHÔNG bị ngưng hoạt động tim phổi, hãy áp dụng các lệnh trong Đoạn B và C. | |
| | <input type="checkbox"/> Cố Hồi Sinh/CPR (Chọn CPR trong Đoạn A thì phải chọn Điều Trị Toàn Bộ trong Đoạn B) <input type="checkbox"/> Đừng Cố Hồi Sinh/DNR (Allow Natural Death) (Để Chết Tự Nhiên) | |

| | | |
|------------------------------|--|---|
| B Đánh Dấu Vào Một | CAN THIỆP Y KHOA: | Nếu bệnh nhân có mạch đang đập và/hoặc đang thở: |
| | <input type="checkbox"/> Điều Trị Toàn Bộ – mục tiêu chính là kéo dài mạng sống bằng tất cả các phương tiện hiệu quả về mặt y tế. Ngoài điều trị mô tả trong phần Điều Trị Chọn Lọc và Điều Trị Nhằm Giúp Thoải Mái, hãy sử dụng ống luôn, các biện pháp can thiệp khi quản tân tiến, thông khí bằng dụng cụ, và kích thích tim bằng điện theo chỉ dẫn. <input type="checkbox"/> Giai Đoạn Thử Điều Trị Toàn Bộ. <input type="checkbox"/> Điều Trị Chọn Lọc – mục tiêu là điều trị bệnh trạng trong khi tránh các biện pháp khó nhọc. Ngoài điều trị mô tả trong phần Điều Trị Nhằm Giúp Thoải Mái, hãy áp dụng biện pháp điều trị y khoa, truyền IV thuốc kháng sinh, và truyền IV chất lỏng theo chỉ dẫn. Đừng luôn ống. Có thể dùng cách bơm không khí có áp suất cao và khí quản mà không xâm phạm đến cơ thể. Nói chung tránh chăm sóc chuyên sâu. <input type="checkbox"/> Chỉ yêu cầu chuyển đến bệnh viện nếu không thể đáp ứng được các nhu cầu thoải mái tại địa điểm hiện nay. <input type="checkbox"/> Điều Trị Nhằm Giúp Thoải Mái – mục tiêu chính là tạo thoải mái tối đa. Giảm đau và khổ sở bằng cách dùng thuốc theo bất cứ cách thức nào cần thiết; dùng dưỡng khí, hút và thông vật cản khí quản bằng tay. Đừng sử dụng các biện pháp điều trị liệt kê trong phần Điều Trị Toàn Bộ và Chọn Lọc trừ khi phù hợp với mục tiêu thoải mái. Chỉ yêu cầu chuyển đến bệnh viện nếu không thể đáp ứng được các nhu cầu thoải mái tại địa điểm hiện nay. | |
| | Các Lệnh Khác: _____ | |

| | | |
|------------------------------|--|---|
| C Đánh Dấu Vào Một | TIẾP DINH DƯỠNG NHÂN TẠO: | Chỉ cho ăn bằng miệng nếu có thể được và nếu muốn. |
| | <input type="checkbox"/> Tiếp dinh dưỡng nhân tạo dài hạn, kể cả ống truyền thức ăn. Các Lệnh Khác: _____ <input type="checkbox"/> Giai đoạn thử tiếp dinh dưỡng nhân tạo, kể cả ống truyền thức ăn. _____ <input type="checkbox"/> Không có phương tiện tiếp dinh dưỡng nhân tạo, kể cả ống truyền thức ăn. _____ | |

| | | |
|----------|---|---|
| D | CHI TIẾT VÀ CHỮ KÝ: | |
| | Đã thảo luận với: <input type="checkbox"/> Bệnh Nhân (Bệnh Nhân Minh Mẫn) <input type="checkbox"/> Người Quyết Định Được Công Nhận Hợp Pháp <input type="checkbox"/> Chỉ Thị Trước làm ngày _____ có và đã xem → Đại Diện Chăm Sóc Sức Khỏe nếu có tên trong Chỉ Thị Trước: <input type="checkbox"/> Chỉ Thị Trước không có ở đây Tên: _____ <input type="checkbox"/> Không có Chỉ Thị Trước Điện Thoại: _____ | |
| | Chữ Ký Bác Sĩ / Điều Dưỡng Cao Cấp / Phụ Tá Bác Sĩ (Bác Sĩ/NP/PA) | |
| | Chữ ký của tôi dưới đây cho biết là theo hết khả năng hiểu biết của tôi thì của bệnh nhân phù hợp với tình trạng y khoa và ý nguyện của bệnh nhân. | |
| | Viết Tên Bác Sĩ/NP/PA Bằng Chữ In: | Số Điện Thoại của Bác Sĩ/NP/PA: Số Giấy Phép Hành Nghề của Bác Sĩ/PA, Số Chứng Nhận của NP: |
| | Chữ Ký Bác Sĩ/NP/PA: (phải có) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | Ngày: |
| | Chữ Ký Bệnh Nhân hoặc của Người Quyết Định Được Công Nhận Hợp Pháp | |
| | Tôi ý thức rằng mẫu này là tự nguyện. Khi ký vào mẫu này, bệnh nhân 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: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | Liên Hệ: (viết chính bản thân tôi nếu là bệnh nhân) |
| | Chữ Ký: (phải có) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX | Ngày: |
| | Địa Chỉ Gửi Thư: (đường/thành phố/tiểu bang/số zip): | Số Điện Thoại: |
| | FOR REGISTRY USE ONLY/ DÀNH RIÊNG CHO PHÒNG HỒ SƠ SỬ DỤNG | |

GỬI MẪU THEO VỚI BỆNH NHÂN NÀY BẤT CỨ KHI NÀO THUYỀN CHUYỂN HOẶC XUẤT VIỆN

HIPAA CHO PHÉP TIẾT LỘ POLST CHO CÁC CHUYÊN VIÊN Y TẾ KHÁC NẾU CẦN

Chi Tiết về Bệnh Nhân

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

Bác Sĩ Giám Thị của NP/PA

Tên: _____ Tên Người Điền (nếu khác với Bác Sĩ/NP/PA ký tên) _____

Tên: _____ Tên/Chức Vụ: _____ Số Điện Thoại: _____

Người Liên Lạc Khác Không Có

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 y tế phải tuân hành mẫu POLST, và dành quyền miễn tố cho những người thành tâm tuân hành. Trong môi trường bệnh viện, bệnh nhân sẽ được một thẩm định bởi một bác sĩ, hoặc một điều dưỡng cao cấp (NP) hay một phụ tá bác sĩ (PA) hành động dưới sự giám sát của bác sĩ, người này sẽ ra những lệnh thích hợp mà phù hợp với ý muốn của bệnh nhân đó.
- **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/NP/PA 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.
- Một người ra quyết định được công nhận hợp pháp chỉ có thể thực hiện mẫu POLST nếu bệnh nhân thiếu minh mẫn hoặc đã xác nhận rằng thẩm quyền của người ra quyết định có hiệu lực ngay lập tức.
- Để có giá trị một mẫu POLST phải có chữ ký của (1) một bác sĩ, hoặc một điều dưỡng cao cấp hay một phụ tá bác sĩ hành động dưới sự giám sát của bác sĩ và trong phạm vi hành nghề được pháp luật cho phép và (2) bệnh nhân hoặc người quyết định. Các lệnh bằng miệng có thể được chấp nhận nếu có chữ ký tiếp theo của bác sĩ/NP/PA theo đúng chính sách của cơ sở/cộng đồng đó.
- 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 bệnh nhân đã chọn “Đừng Cố Hồi Sinh.”

Đoạn B:

- Khi không thể giúp đem lại thoải mái trong môi trường hiện tại, thì bệnh nhân đó, gồm cả bệnh nhân chọn “Điều Trị Nhằm 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 “Điều Trị Nhằm Giúp Thoải Mái.”
- Điều trị khô người kéo dài mạng sống. Nếu người đó muốn được truyền chất dịch IV, hãy ghi “Điều Trị Chọn Lọc” 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:

- Bệnh nhân 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 bệnh nhân này, hoặc
- Các ý muốn điều trị của bệnh nhân này thay đổi.

Cải Biến và Hủy Bỏ POLST

- Một bệnh nhân minh mẫn có thể, vào bất cứ lúc nào, yêu cầu điều trị cách khác hoặc thu hồi POLST 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 để ngày dòng chữ này.
- Người quyết định được công nhận hợp pháp có thể cộng tác với bác sĩ/NP/PA để yêu cầu cải biến các lệnh, dựa trên các ý muốn được biết của bệnh nhân này hoặc, nếu không biết, các quyền lợi tốt nhất của bệnh nhân 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 BỆNH NHÂN NÀY BẤT CỨ KHI NÀO THUYỀN CHUYỂN HOẶC XUẤT VIỆN