

## Introduction to the Vietnamese translation of the POST form

---

POST is a medical order form that gives patients more control over their care during serious illness. POST is used to document a patient’s treatment preferences as medical orders. It specifies the types of medical treatment that a patient does and does not want. The orders are signed by the patient, their legal representative, or proxy as well as by the treating practitioner (physician, advanced practice nurse, or physician assistant). POST is for patients with advanced chronic progressive illness, advanced frailty, terminal conditions, or those unlikely to benefit from cardiopulmonary resuscitation. It is not for healthy adults. Use of the POST is voluntary—a patient cannot be required to have a POST form.

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

For additional information in English, visit [www.indianapost.org](http://www.indianapost.org). Questions can be submitted through the “contact us” link on that same website.

## Giới thiệu bản dịch tiếng Việt mẫu POST

---

POST là mẫu ghi lệnh y tế để cho bệnh nhân có nhiều quyền kiểm soát hơn đối với việc chăm sóc của họ trong lúc bị bệnh nặng. POST được dùng để ghi ý muốn của bệnh nhân trong lệnh điều trị y tế. Mẫu này ghi rõ các loại điều trị y tế mà bệnh nhân muốn và không muốn. Các lệnh này có chữ ký của bệnh nhân, người đại diện hợp pháp của họ, hoặc người được ủy quyền cũng như chuyên viên điều trị (bác sĩ, y tá điều dưỡng cao cấp, hoặc trợ tá bác sĩ). POST dành cho bệnh nhân bị bệnh kinh niên trở nặng dần, suy nhược nặng, các bệnh trạng nan y chờ chết, hoặc những người có thể không hồi sinh tim phổi được. Lệnh này không dành cho người lớn khỏe mạnh. Việc sử dụng POST là do tự nguyện—bệnh nhân không bắt buộc phải có một mẫu POST.

Đây là bản dịch tiếng Việt của mẫu POST Indiana. Bản dịch mẫu này chỉ dành cho các mục đích giáo dục khi thảo luận về ý muốn của bệnh nhân được ghi trong mẫu POST. Mẫu POST có chữ ký phải được lập bằng Anh Ngữ để nhân viên phòng cấp cứu có thể đọc và tuân hành các lệnh này.

Muốn biết thêm chi tiết bằng tiếng Anh, hãy đến [www.indianapost.org](http://www.indianapost.org). Quý vị có thể nêu thắc mắc qua đường nói “contact us” (“liên lạc với chúng tôi”) trên website đó.



## LỆNH BÁC SĨ VỀ PHẠM VI ĐIỀU TRỊ TẠI INDIANA (PHYSICIAN ORDERS FOR SCOPE OF TREATMENT, POST)

Bản dịch dựa trên Mẫu 55317 của Tiểu Bang (R5/1-23)  
Bộ Y Tế Tiểu Bang Indiana – IC16-36-6

**CHỈ DẪN:** Mẫu này là lệnh cho bác sĩ về phạm vi điều trị. Nên điền mẫu này được dựa trên kết quả thảo luận về bệnh trạng hiện thời và các sở thích của bệnh nhân. Đây là quyết định tự nguyện và không được phép bắt buộc bệnh nhân phải điền một mẫu POST. Nên duyệt lại POST bất cứ khi nào bệnh trạng của bệnh nhân thay đổi. Bệnh nhân có thể yêu cầu chuyên viên chăm sóc sức khỏe hủy bỏ POST bất cứ lúc nào. Nếu bệnh nhân không có khả năng quyết định, người đại diện hợp pháp hoặc người được ủy quyền (nếu không có người đại diện hợp pháp) có thể điền POST cho bệnh nhân và/hoặc yêu cầu chuyên viên chăm sóc sức khỏe hủy bỏ POST. Bất cứ phần nào để trống đều hàm ý là điều trị toàn bộ cho phần đó. HIPAA cho phép tiết lộ cho các chuyên viên chăm sóc sức khỏe khi cần thiết để điều trị. Mẫu gốc là tài sản riêng của bệnh nhân. Bản fax, in giấy, hoặc bản điện tử của mẫu này đều là mẫu hợp lệ.

Họ Bệnh Nhân (phải có)		Tên Bệnh Nhân (phải có)		Tên Lót Viết Tắt
Ngày Sinh (tháng/tháng/ngày/ngày/năm/năm/năm/năm)		Số Hồ Sơ Y Tế	Ngày Lập (tháng/tháng/ngày/ngày/năm/năm/năm/năm)	
<b>LIỆT KÊ CÁC Ý MUỐN CỦA BỆNH NHÂN:</b> Những phần sau (A đến D) là các ý muốn của bệnh nhân về phạm vi điều trị.				
<b>A</b> Đánh dấu vào một ô	<b>HỒI SINH TIM PHỔI (CPR):</b> Bệnh nhân không có nhịp mạch đập VÀ không thở. (phải có)			
	<input type="checkbox"/> Cố Hồi Sinh / CPR <input type="checkbox"/> Đứng Cố Hồi Sinh / DNR Khi không bị ngưng tim phổi, tuân hành các lệnh ghi trong <b>B</b> , <b>C</b> và <b>D</b> .			
<b>B</b> Đánh dấu vào một ô	<b>CAN THIỆP Y KHOA:</b> Nếu bệnh nhân có nhịp tim đập VÀ thở HOẶC có nhịp tim đập nhưng KHÔNG thở.			
	<input type="checkbox"/> Các Biện Pháp Xoa Dịu Giúp Thoải Mái (Để Qua Đời Tự Nhiên): Mục Tiêu Điều Trị: Gia tăng mức thoải mái tối đa bằng cách kiểm soát các triệu chứng. Giảm đau đớn và khổ sở bằng cách dùng bất cứ loại thuốc nào theo bất cứ cách nào, tư thế nào, chăm sóc vết thương và các biện pháp khác. Dùng dưỡng khí, máy hút và điều trị bằng tay tình trạng nghẽn khí quản khi cần để được thoải mái. Bệnh nhân không muốn chuyển đến bệnh viện để điều trị duy trì mạng sống. Chỉ chuyển đến bệnh viện nếu không thể đáp ứng được các nhu cầu về thoải mái tại địa điểm hiện tại.			
	<input type="checkbox"/> Các Biện Pháp Can Thiệp Thêm Giới Hạn: Mục Tiêu Điều Trị: Ổn định bệnh trạng. Ngoài việc chăm sóc nêu trong Các Biện Pháp Xoa Dịu Giúp Thoải Mái ở trên, dùng cách điều trị y tế để ổn định bệnh trạng, truyền nước biển qua tĩnh mạch (IV) (cho không bị khô người) và theo dõi tim khi cần để ổn định bệnh trạng. Có thể áp dụng những cách kiểm soát khí quản và bơm không khí vào khí quản mà không cần giải phẫu. Không luôn ống thở. Chuyển đến bệnh viện nếu cần phải đáp ứng các nhu cầu y tế hoặc thoải mái. Tránh chăm sóc sâu rộng nếu có thể được.			
<input type="checkbox"/> Can Thiệp Toàn Bộ: Mục Tiêu Điều Trị: Các biện pháp can thiệp toàn bộ gồm cả các biện pháp trợ sinh trong phòng chăm sóc sâu rộng. Ngoài việc chăm sóc nêu trong Các Biện Pháp Xoa Dịu Giúp Thoải Mái và Các Biện Pháp Can Thiệp Thêm Giới Hạn ở trên, còn dùng ống luôn, các biện pháp can thiệp sâu rộng khí quản, và máy hô hấp khi cần. Chuyển đến bệnh viện và/hoặc phòng chăm sóc sâu rộng nếu cần để đáp ứng các nhu cầu y tế.				
<b>C</b> Đánh dấu vào một ô	<b>THUỐC TRỤ SINH:</b>			
	<input type="checkbox"/> Chỉ dùng thuốc trụ sinh (kháng sinh) khi bị nhiễm trùng nếu không thể đem lại thoải mái trọn vẹn bằng những cách khác. <input type="checkbox"/> Dùng thuốc trụ sinh (kháng sinh) phù hợp với các mục tiêu điều trị.			
<b>D</b> Đánh dấu vào một ô	<b>TIẾP CHẤT DINH DƯỠNG NHÂN TẠO:</b> Luôn luôn cho ăn uống bằng miệng nếu có thể được.			
	<input type="checkbox"/> Không tiếp chất dinh dưỡng nhân tạo. <input type="checkbox"/> Thời gian ấn định thử tiếp dinh dưỡng nhân tạo bằng ống luôn. (Thời gian thử: _____ Mục tiêu: _____) <input type="checkbox"/> Tiếp chất dinh dưỡng nhân tạo dài hạn.			
	<b>NHỮNG LỆNH NHIỆM Ý KHÁC:</b>			
<b>TRANG CHỮ KÝ:</b> Mẫu này gồm có hai (2) trang. Phải có đủ cả hai trang. Trang sau đây gồm các chữ ký cần thiết để mẫu POST này có hiệu lực.				

Tên Bệnh Nhân: \_\_\_\_\_ Ngày Sinh (tháng/tháng/ngày/ngày/năm/năm/năm/năm): \_\_\_\_\_

	<b>CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN, NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP, HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN:</b> Muốn mẫu POST này có hiệu lực, bệnh nhân, người đại diện hợp pháp, hoặc người được ủy quyền phải ký tên và đề ngày vào mẫu này dưới đây.		
<b>E</b>	<b>CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN, NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP, HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN</b> Chữ ký của tôi dưới đây cho biết là bác sĩ, y tá chính thức cao cấp, hoặc trợ tá bác sĩ (hoặc người đại diện của họ) đã thảo luận với tôi về các lệnh trên và những lệnh đã chọn phản ánh đúng các quyết định sau khi thảo luận.		
	Chữ Ký ( <i>phải có</i> )	Viết Tên Chữ In ( <i>phải có</i> )	Ngày (tháng/tháng/ngày/ngày/năm/năm/năm/năm) ( <i>phải có</i> )
<b>F</b>	<b>CHI TIẾT LIÊN LẠC CỦA NGƯỜI ĐẠI DIỆN HỢP PHÁP HOẶC NGƯỜI ĐƯỢC ỦY QUYỀN TRONG PHẦN E (NEU CÓ):</b> Nếu chữ ký ở trên không phải của bệnh nhân, ghi thêm chi tiết liên lạc của người đại diện hoặc người được ủy quyền.		
	Mối liên hệ của người đại diện hoặc người được ủy quyền ghi trong Phần E nếu bệnh nhân không có khả năng	Địa Chỉ (số nhà và tên đường, thành phố, tiểu bang, và số ZIP)	Số Điện Thoại
	<p><b>LỆNH CHO BÁC SĨ:</b></p> <p>Mẫu POST chỉ có thể do bác sĩ điều trị, y tá chính thức cao cấp, hoặc trợ tá bác sĩ của một người thực hiện, và chỉ trong trường hợp:</p> <p>(1) bác sĩ điều trị, y tá chính thức cao cấp, hoặc trợ tá bác sĩ đã quyết định là:</p> <p>(A) người đó là một người hội đủ điều kiện; và</p> <p>(B) các lệnh y tế ghi trong mẫu POST của người đó là hợp lý và thích hợp về mặt y khoa cho người đó; và</p> <p>(2) người hội đủ điều kiện đó, người đại diện, hoặc người được ủy quyền đã ký tên và đề ngày trong mẫu POST này</p> <p>Người hội đủ điều kiện là người bị ít nhất một (1) trong các tình trạng sau đây:</p> <p>(1) Một căn bệnh kinh niên trở nặng dẫn đến giai đoạn hết chữa.</p> <p>(2) Một tình trạng suy nhược kinh niên trở nặng dẫn đến giai đoạn hết chữa.</p> <p>(3) Một tình trạng do thương tích, bệnh tật, hoặc đau ốm gây ra đến mức chần chừ hợp lý về mặt y khoa là:</p> <p>(A) không thể bình phục được; và</p> <p>(B) tình trạng này đưa đến tử vong trong vòng một thời gian ngắn nếu không cung cấp các phương thức kéo dài mạng sống.</p> <p>(4) Một bệnh trạng mà, nếu người đó bị ngưng đập tim hoặc hô hấp thì biện pháp hồi sinh sẽ không thành công hoặc trong vòng một thời gian ngắn người đó sẽ lại bị ngưng đập tim hoặc ngưng hô hấp đưa đến tử vong.</p>		
<b>G</b>	<p><b>BẢNG CHỨNG THẢO LUẬN: Các lệnh này đã được thảo luận với (đánh dấu vào một):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bệnh Nhân (bệnh nhân có khả năng) <input type="checkbox"/> Người Đại Diện về Chăm Sóc Sức Khỏe <input type="checkbox"/> Người Giám Hộ Hợp Pháp</p> <p><input type="checkbox"/> Cha/Mẹ của Vị Thành Niên <input type="checkbox"/> Người Được Ủy Quyền về Chăm Sóc Sức Khỏe <input type="checkbox"/> Người Được Ủy Quyền</p>		
<b>H</b>	<b>CHỮ KÝ CỦA BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ / Y TÁ CHÍNH THỨC CAO CẤP / TRỢ TÁ BÁC SĨ</b> Chữ ký của tôi dưới đây cho biết là tôi hoặc người đại diện của tôi đã thảo luận với bệnh nhân, người đại diện hợp pháp, hoặc người được ủy quyền của bệnh nhân về các mục tiêu của bệnh nhân và các chọn lựa điều trị dành cho bệnh nhân dựa theo tình trạng sức khỏe của họ. Chữ ký của tôi dưới đây cho biết theo hết khả năng hiểu biết của tôi thì các lệnh này phù hợp với tình trạng sức khỏe hiện thời và các ý muốn của bệnh nhân.		
	Chữ Ký của Bác Sĩ Điều Trị / APRN / PA ( <i>phải có</i> )	Viết Tên Chữ In của Bác Sĩ Điều Trị / APRN / PA ( <i>phải có</i> )	Ngày (tháng/tháng/ngày/ngày/năm/năm/năm/năm) ( <i>phải có</i> )
	Số điện thoại phòng mạch của bác sĩ / APRN / PA	Số Bảng Hành Nghề của bác sĩ / APRN / PA	Chuyên Viên Chăm Sóc Sức Khỏe lập mẫu nếu không phải bác sĩ / APRN / PA
<b>I</b>	<p><b>CHỈ ĐỊNH NGƯỜI ĐẠI DIỆN VỀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE:</b> Là bệnh nhân, quý vị có thể chỉ định một người đại diện để làm người đại diện về chăm sóc sức khỏe cho mình theo IC 16-36-7. Quý vị không bắt buộc phải chỉ định một người đại diện về chăm sóc sức khỏe để mẫu POST này có hiệu lực. Quý vị nên tham khảo với luật sư hoặc người nào khác hội đủ điều kiện về những loại chỉ thị trước quý vị có thể lập. Quý vị có thể lấy các mẫu đơn và xem thêm chi tiết về chỉ thị trước trên web site của IDOH tại <a href="https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/">https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/</a>.</p>		