

## Giấy Quyết Định Trước về Việc Chăm Sóc Y Tế

(Tài liệu này được dịch bởi AI (GPT). Nếu có sai sót, vui lòng tham khảo phiên bản chính thức bằng tiếng Trung hoặc tiếng Anh. Mong quý vị thông cảm.)

Tôi, \_\_\_\_\_ (ký tên rõ ràng), sau khi đã tham gia "Tư vấn Quyết định Trước về Việc Chăm Sóc Y Tế", xác nhận rằng tôi đã hiểu rõ "Luật Quyền Tự Chủ của Bệnh Nhân", cho phép bệnh nhân trong các điều kiện lâm sàng nhất định được quyền chấp nhận hoặc từ chối **điều trị duy trì sự sống** hoặc **dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo**.

Tôi đã lập **Quyết định Trước về Việc Chăm Sóc Y Tế** (bao gồm **Phần 1, Phần 2** và các **phụ lục kèm theo**), để thể hiện trước các mong muốn cá nhân về phương thức chăm sóc y tế cuối đời. Đồng thời, tôi hy vọng gia đình và bạn bè tôn trọng lựa chọn tự chủ của tôi.

### Người Lập Ý Nguyễn

Họ và tên: \_\_\_\_\_ Ký tên: \_\_\_\_\_

Số CMND/Thẻ cư trú hoặc Hộ chiếu: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_

Ngày: Năm \_\_\_\_\_ Tháng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_ Thời gian: \_\_\_\_\_ giờ \_\_\_\_\_ phút

### Chứng nhận bởi Người Làm Chứng hoặc Công Chứng

Tôi lựa chọn một trong các cách sau đây để hoàn tất thủ tục pháp lý của Quyết định Trước về Việc Chăm Sóc Y Tế (vui lòng chọn một):

**1. Hai người làm chứng có mặt trực tiếp để chứng kiến:**

**Người Làm Chứng 1** Ký tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_

Số điện thoại liên lạc: \_\_\_\_\_

Số CMND/Thẻ cư trú hoặc Hộ chiếu: \_\_\_\_\_

**Người Làm Chứng 2** Ký tên: \_\_\_\_\_ Quan hệ: \_\_\_\_\_

Số điện thoại liên lạc: \_\_\_\_\_

Số CMND/Thẻ cư trú hoặc Hộ chiếu: \_\_\_\_\_

**2. Công chứng:**

Mục Xác Nhận của Công Chứng Viên:

Ngày: Năm \_\_\_\_\_ Tháng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_

### Giải Thích:

1. Người làm chứng phải có đầy đủ năng lực hành vi và phải có mặt trực tiếp để chứng kiến rằng bạn ký Quyết định Trước về Việc Chăm Sóc Y Tế một cách tự nguyện, không bị ép buộc bởi bất kỳ yếu tố bên ngoài nào (Điều 9 Khoản 1 Mục 2 của Luật Quyền Tự Chủ của Bệnh Nhân).

2. Người làm chứng không được là: (1). Người được bạn chỉ định làm Người đại diện y tế, (2). Thành viên đội ngũ y tế chịu trách nhiệm chăm sóc chính, (3). Người thụ hưởng di sản không phải là người thừa kế, (4). Người thụ hưởng thi thể hoặc cơ quan của bạn, (5). Hoặc bất kỳ cá nhân nào hưởng lợi từ cái chết của bạn (Điều 9 Khoản 4 của Luật Quyền Tự Chủ của Bệnh Nhân).

3. Theo Điều 2 của Luật Công Chứng, Công chứng viên có thẩm quyền lập văn bản công chứng hoặc chứng nhận tài liệu tư nhân về các hành vi pháp lý và sự kiện liên quan đến quyền dân sự theo yêu cầu của đương sự hoặc các bên liên quan khác. Công chứng viên cũng có thể chứng nhận các loại tài liệu sau đây theo yêu cầu của đương sự hoặc bên liên quan: (1). Bản chính hoặc bản gốc của tài liệu công có liên quan đến sự kiện dân sự, với mục đích sử dụng ở nước ngoài. (2). Bản sao hoặc bản chụp của tài liệu công hoặc tư.

**Phần 1: Lựa Chọn Chăm Sóc Y Tế**

Điều Kiện Lâm Sàng	Phương Thức Chăm Sóc Y Tế	Ý Nguyên và Quyết Định Chăm Sóc Y Tế của Tôi (Các lựa chọn dưới đây chỉ chọn một phương án)
<b>1. Bệnh Nhân Giai Đoạn Cuối</b>	Điều Trị Duy Trì Sự Sống	1. <input type="checkbox"/> Tôi không muốn nhận điều trị duy trì sự sống. 2. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn thử điều trị duy trì sự sống trong (khoảng thời gian) _____, sau đó xin dừng lại; tuy nhiên, bản thân tôi hoặc người đại diện y tế được chỉ định có thể bày tỏ ý muốn dừng bất cứ lúc nào trong khoảng thời gian đó. 3. <input type="checkbox"/> Nếu tôi đã rơi vào tình trạng bất tỉnh hoặc không thể bày tỏ ý muốn rõ ràng, người đại diện y tế được chỉ định của tôi sẽ quyết định thay. 4. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn nhận điều trị duy trì sự sống.
	Dinh Dưỡng và Truyền Dịch Nhân Tạo	1. <input type="checkbox"/> Tôi không muốn nhận dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo. 2. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn thử dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo trong (khoảng thời gian) _____, sau đó xin dừng lại; tuy nhiên, bản thân tôi hoặc người đại diện y tế được chỉ định có thể bày tỏ ý muốn dừng bất cứ lúc nào trong khoảng thời gian đó. 3. <input type="checkbox"/> Nếu tôi đã rơi vào tình trạng bất tỉnh hoặc không thể bày tỏ ý muốn rõ ràng, người đại diện y tế được chỉ định của tôi sẽ quyết định thay. 4. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn nhận dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo.
<b>2. Hôn Mê Không Hồi Phục</b>	Điều Trị Duy Trì Sự Sống	1. <input type="checkbox"/> Tôi không muốn nhận điều trị duy trì sự sống. 2. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn thử điều trị duy trì sự sống trong (khoảng thời gian) _____, sau đó xin dừng lại; tuy nhiên, người đại diện y tế được chỉ định có thể bày tỏ ý muốn dừng bất cứ lúc nào trong khoảng thời gian đó. 3. <input type="checkbox"/> Xin để người đại diện y tế được chỉ định của tôi quyết định thay. 4. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn nhận điều trị duy trì sự sống.
	Dinh Dưỡng và Truyền Dịch Nhân Tạo	1. <input type="checkbox"/> Tôi không muốn nhận dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo. 2. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn thử dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo trong (khoảng thời gian) _____, sau đó xin dừng lại; tuy nhiên, người đại diện y tế được chỉ định có thể bày tỏ ý muốn dừng bất cứ lúc nào trong khoảng thời gian đó. 3. <input type="checkbox"/> Xin để người đại diện y tế được chỉ định của tôi quyết định thay. 4. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn nhận dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo.
<b>3. Trạng Thái Người Thực Vật Vĩnh Viễn</b>	Điều Trị Duy Trì Sự Sống	1. <input type="checkbox"/> Tôi không muốn nhận điều trị duy trì sự sống. 2. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn thử điều trị duy trì sự sống trong (khoảng thời gian) _____, sau đó xin dừng lại; tuy nhiên, người đại diện y tế được chỉ định có thể bày tỏ ý muốn dừng bất cứ lúc nào trong khoảng thời gian đó. 3. <input type="checkbox"/> Xin để người đại diện y tế được chỉ định của tôi quyết định thay. 4. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn nhận điều trị duy trì sự sống.
	Dinh Dưỡng và Truyền Dịch Nhân Tạo	1. <input type="checkbox"/> Tôi không muốn nhận dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo. 2. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn thử dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo trong (khoảng thời gian) _____, sau đó xin dừng lại; tuy nhiên, người đại diện y tế được chỉ định có thể bày tỏ ý muốn dừng bất cứ lúc nào trong khoảng thời gian đó. 3. <input type="checkbox"/> Xin để người đại diện y tế được chỉ định của tôi quyết định thay. 4. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn nhận dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo.

Điều Kiện Lâm Sàng	Phương Thức Chăm Sóc Y Tế	Ý Nguyên và Quyết Định Chăm Sóc Y Tế của Tôi (Các lựa chọn dưới đây chỉ chọn một phương án)
<b>4. Chứng Mắt Trí Cực Năng</b>	Điều Trị Duy Trì Sự Sống Điều Trị Duy Trì Sự Sống Điều Trị Duy Trì Sự Sống	1. <input type="checkbox"/> Tôi không muốn nhận điều trị duy trì sự sống. 2. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn thử điều trị duy trì sự sống trong (khoảng thời gian) _____, sau đó xin dừng lại; tuy nhiên, người đại diện y tế được chỉ định có thể bày tỏ ý muốn dừng bất cứ lúc nào trong khoảng thời gian đó. 3. <input type="checkbox"/> Xin để người đại diện y tế được chỉ định của tôi quyết định thay. 4. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn nhận điều trị duy trì sự sống.
	Dinh Dưỡng và Truyền Dịch Nhân Tạo	1. <input type="checkbox"/> Tôi không muốn nhận dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo. 2. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn thử dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo trong (khoảng thời gian) _____, sau đó xin dừng lại; tuy nhiên, người đại diện y tế được chỉ định có thể bày tỏ ý muốn dừng bất cứ lúc nào trong khoảng thời gian đó. 3. <input type="checkbox"/> Xin để người đại diện y tế được chỉ định của tôi quyết định thay. 4. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn nhận dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo.
<b>5. Các Bệnh Hoặc Tình Trạng Khác Được Công Bố Bởi Cơ Quan Có Thẩm</b>	Điều Trị Duy Trì Sự Sống	1. <input type="checkbox"/> Tôi không muốn nhận điều trị duy trì sự sống. 2. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn thử điều trị duy trì sự sống trong (khoảng thời gian) _____, sau đó xin dừng lại; tuy nhiên, bản thân tôi hoặc người đại diện y tế được chỉ định có thể bày tỏ ý muốn dừng bất cứ lúc nào trong khoảng thời gian đó. 3. <input type="checkbox"/> Nếu tôi đã rơi vào tình trạng bất tỉnh hoặc không thể bày tỏ ý muốn rõ ràng, người đại diện y tế được chỉ định của tôi sẽ quyết định thay. 4. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn nhận điều trị duy trì sự sống.
	Dinh Dưỡng và Truyền Dịch Nhân Tạo	1. <input type="checkbox"/> Tôi không muốn nhận dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo. 2. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn thử dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo trong (khoảng thời gian) _____, sau đó xin dừng lại; tuy nhiên, bản thân tôi hoặc người đại diện y tế được chỉ định có thể bày tỏ ý muốn dừng bất cứ lúc nào trong khoảng thời gian đó. 3. <input type="checkbox"/> Nếu tôi đã rơi vào tình trạng bất tỉnh hoặc không thể bày tỏ ý muốn rõ ràng, người đại diện y tế được chỉ định của tôi sẽ quyết định thay. 4. <input type="checkbox"/> Tôi mong muốn nhận dinh dưỡng và truyền dịch nhân tạo.

Người Lập Ý Nguyên:

**Phần 2: Xác Nhận Đóng Dấu của Cơ Sở Y Tế Cung Cấp Tư Vấn Quyết Định Trước về Việc Chăm Sóc Y Tế**

Theo Luật Quyền Tự Chủ của Bệnh Nhân, người lập ý nguyện \_\_\_\_\_ đã hoàn thành tư vấn quyết định trước về việc chăm sóc y tế vào ngày \_\_\_\_\_ tháng \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_ (theo lịch Trung Hoa Dân Quốc). Nay xác nhận và đóng dấu để chứng thực.

Mục Đóng Dấu của Cơ Sở Y Tế:

Ngày: Năm \_\_\_\_ Tháng \_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_ (theo lịch Trung Hoa Dân Quốc)

Người Lập Ý Nguyên:

**Phụ Lục: Giấy Ủy Quyền Người Đại Diện Y Tế (Nếu Có Chỉ Định, Vui Lòng Điền)**

Tôi (ký tên rõ ràng) \_\_\_\_\_ Nay ủy quyền cho \_\_\_\_\_ (đảm nhận vai trò Người Đại Diện Y Tế của tôi ở thứ tự ưu tiên thứ \_\_\_\_\_) thực hiện các quyền liên quan được quy định tại Khoản 3, Điều 10 của Luật Quyền Tự Chủ của Bệnh Nhân.

**[Người Được Ủy Quyền]** Ký tên rõ ràng: \_\_\_\_\_

Ngày ký: Năm \_\_\_\_\_ Tháng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_ (theo lịch Trung Hoa Dân Quốc)

Số CMND/Thẻ cư trú hoặc Hộ chiếu: \_\_\_\_\_

Ngày tháng năm sinh: Năm \_\_\_\_\_ Tháng \_\_\_\_\_ Ngày \_\_\_\_\_ (theo lịch Trung Hoa Dân Quốc)

Số điện thoại:

Địa chỉ cư trú:

(Nếu biểu mẫu này không đủ, vui lòng sao chép thêm)

**• Các Điều Khoản Liên Quan đến “Người Đại Diện Y Tế” trong Luật Quyền Tự Chủ của Bệnh Nhân:**

**I. Điều 10 (Yêu Cầu và Quyền Hạn của Người Đại Diện Y Tế):**

Người đại diện y tế được chỉ định phải là người thành niên, có năng lực hành vi và đã đồng ý bằng văn bản. Những người sau đây, ngoại trừ người thừa kế của ý nguyện nhân, không được làm người đại diện y tế:

- Người thụ hưởng di sản của ý nguyện nhân.
- Người thụ hưởng thi thể hoặc cơ quan của ý nguyện nhân.
- Những người hưởng lợi từ cái chết của ý nguyện nhân.

Khi ý nguyện nhân rơi vào tình trạng bất tỉnh hoặc không thể bày tỏ ý muốn rõ ràng, người đại diện y tế sẽ thay mặt bày tỏ ý muốn về y tế của ý nguyện nhân với các quyền sau đây:

- Nhận thông tin theo quy định tại Điều 5.
- Ký các giấy tờ đồng ý theo quy định tại Điều 6.
- Thay mặt ý nguyện nhân bày tỏ ý muốn y tế dựa trên nội dung quyết định trước của bệnh nhân.

Nếu có hơn hai người đại diện y tế, mỗi người đều có quyền đại diện độc lập cho ý nguyện nhân.

Người đại diện y tế phải xuất trình giấy tờ chứng minh danh tính khi thực hiện các nhiệm vụ được ủy quyền tại cơ sở y tế hoặc với bác sĩ.

**II. Điều 11 (Chấm Dứt và Miễn Nhiệm Người Đại Diện Y Tế):**

Người đại diện y tế có thể chấm dứt ủy quyền bất cứ lúc nào bằng văn bản.

Người đại diện y tế sẽ đương nhiên bị miễn nhiệm nếu thuộc một trong các trường hợp sau đây:

- Do bệnh tật hoặc tai nạn, sau khi được giám định y khoa hoặc tâm lý liên quan, bị xác định là suy giảm năng lực trí tuệ.
- Bị tuyên bố cần sự hỗ trợ hoặc bị giám hộ.

**III. Điều 13 (Các Trường Hợp Ý Nguyên Nhân Phải Xin Cập Nhật Ghi Chú):**

Ý nguyện nhân phải nộp đơn xin cập nhật ghi chú với cơ quan có thẩm quyền trung ương nếu thuộc một trong các trường hợp sau:

- Rút lại hoặc thay đổi quyết định trước về y tế.
- Chỉ định, chấm dứt hoặc thay đổi người đại diện y tế.