

## Thông Báo Chính Thức về Điều Trị Bệnh Tâm Thần

Tôi, \_\_\_\_\_, một người trưởng thành với trí óc lành mạnh, có thiện ý và tự nguyện làm bản thông báo chính thức này về điều trị bệnh tâm thần. Tôi muốn thông báo này được theo dõi nếu tòa án hoặc có hai Bác Sĩ xác định rằng tôi không thể quyết định cho chính bản thân tôi vì tôi không còn đủ khả năng tiếp nhận và lượng giá tin tức một cách có hiệu quả hoặc không thông báo quyết định từ chối hoặc thỏa thuận điều trị về bệnh tâm thần được. “Điều trị bệnh tâm thần” có nghĩa là điều trị tâm thần bằng thuốc kích động tâm lý, nhập viện và lưu trú trong một cơ sở săn sóc y tế trong một thời gian đến 17 ngày, điều trị về co giật và dịch vụ dành cho bệnh nhân ngoại trú được ghi chú đặc biệt trong bản thông báo này.

---

### Lựa Chọn Người Quyết Định

Nếu tôi trở nên mất khả năng chấp nhận hoặc từ chối sự thỏa thuận đã được thông báo về việc điều trị bệnh tâm thần, tôi muốn những việc này được quyết định bởi: (CHỈ KÝ TẮT VÀO MỘT Ô MÀ THÔI)

\_\_\_\_\_ Người được tôi chỉ định đại diện tuân theo ý muốn của tôi, hoặc, nếu người đại diện không biết ý muốn của tôi, quyết định điều gì mà người này tin tưởng có lợi cho tôi nhất.

\_\_\_\_\_ Người điều trị bệnh tâm thần phải có sự thỏa thuận của tôi để điều trị, nhưng chỉ những phần nào có phép rõ ràng trong thông báo này.

---

### Hướng Dẫn Điều Trị về Bệnh Tâm Thần

Nếu tôi trở nên mất khả năng chấp nhận hoặc từ chối sự thỏa thuận đã được thông báo về việc điều trị bệnh tâm thần, ước muốn của tôi liên quan đến việc điều trị bệnh tâm thần như sau:

**Tôi Đồng Ý Về Việc Điều Trị Bệnh Tâm Thần sau đây:** (Có thể bao gồm loại và liều lượng thuốc, điều trị ngắn hạn dành cho bệnh nhân nội trú, sự ưa thích nơi cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở, chuyên chở đến nơi cung cấp dịch vụ hoặc cơ sở, điều trị sự co giật hoặc điều trị bệnh nhân ngoại trú thay thế.)

---

---

---

---

---

**Tôi Không Đồng Ý với Sự Điều Trị về Bệnh Tâm Thần sau đây:** (Cứu xét lý do của quý vị, như phản ứng bất lợi trong quá khứ, dị ứng hoặc chẩn bệnh sai. Nên biết rằng một người có thể được điều trị mà không cần sự thỏa thuận, nếu người đó bị bắt giữ chiếu theo luật tổng giam dân sự.)

---

---

---

---

---

**Tin Tức Bổ Túc về Điều Trị Bệnh Tâm Thần của tôi:** (Cứu xét quá trình sức khỏe về tinh thần hoặc thể chất, quy định về ăn uống kiêng cử, vấn đề tôn giáo, người được thông báo và những vấn đề quan trọng khác.)

---

---

---

---

---

**QUÝ VỊ PHẢI KÝ TÊN VÀ ĐỀ NGÀY ĐỂ THÔNG BÁO CHÍNH THỨC NÀY CÓ HIỆU LỰC:**

Chữ ký: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

---

### **Xác Nhận của Nhân Chứng**

Tôi xác nhận người ký tên trên thông báo chính thức này là người tôi biết rõ; họ xác nhận chữ ký của họ trên thông báo này trước sự hiện diện của tôi; có trí óc lành mạnh và không bị ép buộc, không gây ảnh hưởng bất xứng hoặc gian trá; không có liên hệ ruột thịt với tôi, hôn phối hoặc nuôi dưỡng; không phải là bệnh nhân hoặc cư dân trong cơ sở do tôi hoặc thân nhân của tôi làm chủ hoặc điều hành; không phải là bệnh nhân của tôi và nhận dịch vụ điều trị bệnh tâm thần do tôi hoặc thân nhân của tôi đảm trách; không chỉ định tôi làm đại diện trong hồ sơ này.

Nhân Chứng:

\_\_\_\_\_  
(Chữ ký của Nhân Chứng/Ngày)

\_\_\_\_\_  
(Viết tên Nhân Chứng theo kiểu chữ in)

\_\_\_\_\_  
(Chữ ký của Nhân Chứng/Ngày)

\_\_\_\_\_  
(Viết tên Nhân Chứng theo kiểu chữ in)

## Chỉ Định Người Đại Diện

Tôi làm giấy này chỉ định:

Tên: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Với tư cách là người đại diện cho tôi để quyết định việc điều trị về bệnh tâm thần của tôi, nếu tôi trở nên mất khả năng chấp nhận hoặc từ chối sự thỏa thuận đã được thông báo về việc điều trị bệnh tâm thần.

### Nhiệm Ý (Optional)

Nếu người có tên trên đây từ chối hoặc không thể hành động với tư cách đại diện tôi, hoặc nếu tôi thu hồi giấy cho phép người này đại diện tôi, tôi ủy quyền người có tên sau đây làm người đại diện của tôi:

Tên: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ: \_\_\_\_\_

Số Điện Thoại: \_\_\_\_\_

Người đại diện của tôi được phép quyết định phù hợp với ước muốn mà tôi trình bày trong thông báo này hoặc, nếu không trình bày, thì do sự hiểu biết của người đại diện về ước muốn của tôi. Nếu không trình bày sự ước muốn, và người đại diện không biết ước muốn của tôi, người đại diện tôi được hành động những điều mà người này tin tưởng có lợi cho tôi nhất. Người đại diện của tôi cũng được phép tiếp nhận những tin tức liên quan đến sự điều trị bệnh tâm thần đã được đề nghị và nhận kiểm tra và thỏa thuận phổ biến hồ sơ y tế về sự điều trị đó.

---

### Chấp Nhận Sự Chỉ Định Làm Đại Diện

Tôi chấp nhận sự chỉ định này và đồng ý làm người đại diện để quyết định việc điều trị bệnh tâm thần. Tôi hiểu rằng tôi phải hành động phù hợp với ước muốn của người mà tôi đại diện, như được trình bày trong thông báo chính thức này hoặc, nếu không trình bày, thì theo những điều mà tôi biết. Nếu tôi không biết ước muốn của người mà tôi đại diện, tôi có bổn phận hành động những gì mà tôi tin tưởng là thành thật và có lợi nhất cho người đó. Tôi hiểu rằng hồ sơ này chỉ cho phép tôi quyết định về việc điều trị bệnh tâm thần mà thôi, trong khi người đó đã được tòa án hoặc hai Bác Sĩ xác định là mất khả năng để quyết định. Tôi hiểu rằng người chỉ định tôi đại diện có thể thu hồi giấy thông báo chính thức này toàn phần hoặc một phần bằng cách thông báo việc thu hồi cho Bác Sĩ điều trị hoặc những nơi cung cấp dịch vụ khác, khi người này đã phục hồi khả năng.

\_\_\_\_\_  
(Chữ ký của Người Đại Diện/Ngày)

\_\_\_\_\_  
(Viết tên Người Đại Diện theo kiểu chữ in)

\_\_\_\_\_  
(Chữ ký của Người Đại Diện/Ngày)

\_\_\_\_\_  
(Viết tên Người Đại Diện theo kiểu chữ in)

## **Thông Báo cho Người Làm Bản Thông Báo Chính Thức về việc Điều Trị Bệnh Tâm Thần**

Đây là một văn kiện pháp lý quan trọng. Văn kiện này tạo ra thông báo chính thức về việc điều trị bệnh tâm thần. Trước khi ký bản này, quý vị nên biết những dữ kiện quan trọng sau đây:

Văn kiện này cho phép quý vị quyết định trước về những loại điều trị bệnh tâm thần: thuốc kích động tâm lý, nhập viện để điều trị ngắn hạn (không quá 17 ngày), điều trị về cơ giạt và dịch vụ dành cho bệnh nhân ngoại trú. Dịch vụ dành cho bệnh nhân ngoại trú là những dịch vụ về bệnh tâm thần do những nhà chuyên nghiệp có giấy phép và chương trình đảm trách qua các buổi hẹn. Sự hướng dẫn của quý vị trong bản thông báo chính thức này sẽ chỉ được tuân theo, nếu tòa án hoặc có hai Bác Sĩ tin tưởng rằng quý vị mất khả năng quyết định về điều trị. Trái lại, quý vị sẽ được cứu xét là có đủ khả năng để chấp nhận hoặc từ chối điều trị. Sự hướng dẫn của quý vị có thể bị gait bỏ, nếu quý vị bị giam giữ chiếu theo luật tổng giam dân sự.

Quý vị cũng có thể chỉ định một người làm đại diện cho quý vị để quyết định về điều trị cho quý vị, nếu quý vị bị mất năng lực. Người được quý vị chỉ định có nhiệm vụ hành động phù hợp với ước muốn của quý vị được ghi trong hồ sơ hoặc, nếu quý vị không ghi trong hồ sơ, thì do sự hiểu biết của người đại diện về ước muốn của quý vị. Nếu người đại diện không biết ước muốn của quý vị, người này phải quyết định có lợi nhất cho quý vị. Để sự chỉ định có hiệu lực, người được quý vị chỉ định phải chấp nhận sự chỉ định của quý vị trên văn bản. Người này cũng có quyền rút lui không làm đại diện cho quý vị vào bất cứ thời gian nào. Một “người đại diện” cũng được coi là người “được ủy quyền” (attorney-in-fact) theo luật của Tiểu Bang nhưng người này không cần thiết phải là một Luật Sư.

Văn kiện này sẽ tiếp tục có hiệu lực trong một thời gian ba năm, trừ khi quý vị mất khả năng quyết định điều trị về bệnh tâm thần. Nếu việc này xảy ra, sự hướng dẫn sẽ được tiếp tục có hiệu lực cho đến khi quý vị phục hồi khả năng.

Quý vị có quyền thu hồi văn kiện này toàn phần hoặc một phần vào bất cứ thời gian nào mà quý vị được xác định là không mất khả năng. **QUÝ VỊ KHÔNG THỂ THU HỒI VĂN KIỆN NÀY KHI QUÝ VỊ ĐƯỢC TÒA ÁN HOẶC HAI BÁC SĨ XÁC NHẬN LÀ QUÝ VỊ MẤT KHẢ NĂNG.** Sự thu hồi có hiệu lực khi được thông báo cho Bác Sĩ điều trị hoặc nơi cung cấp dịch vụ.

Nếu có bất cứ điều gì trong văn kiện này mà quý vị không hiểu rõ, quý vị nên hỏi Luật Sư để giải thích cho quý vị. Thông báo chính thức này sẽ không có giá trị trừ khi có chữ ký của hai nhân chứng hội đủ điều kiện mà quý vị biết bản thân mỗi người và họ có mặt trong lúc quý vị ký tên hoặc xác nhận chữ ký của quý vị.

**Mẫu “Bản Thông Báo Chính Thức Điều Trị về Bệnh Tâm Thần” này được thiết lập theo Luật Canh Cải của Oregon từ (Oregon Revised Statutes - ORS) 127.700 đến 127.736.**

## **Thông Báo cho Bác Sĩ hoặc Nơi Cung Cấp Dịch Vụ**

Under Oregon law, a person may use this declaration to provide consent for mental health treatment or to appoint a representative to make mental health treatment decisions when the person is incapable of making those decisions. A person is “incapable” when, in the opinion of a court or two physicians, the person’s ability to receive and evaluate information effectively or communicate decisions is impaired to such an extent that the person currently lacks the capacity to make mental health treatment decisions. This document becomes operative when it is delivered to the person’s physician or other provider and remains valid until revoked or expired. Upon being presented with this declaration, a physician or provider must comply with it to the fullest extent possible. If the physician or provider is unwilling to comply with the declaration, the physician or provider may withdraw from providing treatment consistent with professional judgment and must promptly notify the person and the person’s representative and document the notification in the person’s medical record. A physician or provider who administers or does not administer mental health treatment according to and in good faith reliance upon the validity of this declaration is not subject to criminal prosecution, civil liability or professional disciplinary action resulting from a subsequent finding of the declaration’s invalidity.