



XY000240

# My Advance Care Plan (Please Complete in English)

## *Kế hoạch Chăm sóc dự phòng (Vui lòng điền bằng tiếng Anh)*

Last name: / *Họ*: \_\_\_\_\_

First name: / *Tên*: \_\_\_\_\_ Date of birth / *Ngày sinh* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Address: / *Địa chỉ*: \_\_\_\_\_

My Advance Care Plan is a record of your advance care planning discussion and a way of informing those who are caring for you of your preferences. Your preferences may not necessarily be health related but will guide your treating health professionals, Enduring Guardian and or family as to how you wish to be treated including any special requests or messages.

Please note: Should you wish to make legally binding treatment decisions, it is recommended that you record these decisions in an Advance Health Directive. You may also wish to give consideration to appointing an Enduring Guardian to make personal, lifestyle and treatment decisions on your behalf. See the Guide for further detail.

I have given a copy of my Advance Care Plan to:

*Bản Kế hoạch Chăm sóc dự phòng là một bản ghi chép thảo luận về việc lên kế hoạch chăm sóc dự phòng của quý vị và là một cách để thông báo với những người đang chăm sóc quý vị về ưu tiên của mình. Những ưu tiên của quý vị không nhất thiết phải liên quan tới sức khỏe nhưng sẽ hướng các chuyên gia y tế, Người Giám hộ Dài hạn và hoặc gia đình cách quý vị muốn được đối xử bao gồm bất cứ yêu cầu hoặc lời nhắn đặc biệt nào.*

*Xin lưu ý: Nếu quý vị muốn đưa ra các quyết định có tính ràng buộc pháp lý, quý vị nên ghi lại các quyết định đó trong một Chỉ thị Trước về Y tế. Quý vị có thể sẽ muốn cân nhắc đề cử một Người Giám hộ Dài hạn để thay mặt quý vị đưa ra quyết định cá nhân, cách sống và điều trị. Xem Hướng dẫn để biết thêm chi tiết.*

*Tôi đã đưa một bản sao của Kế hoạch Chăm sóc dự phòng cho:*

Full name / <i>Họ và tên</i>	Telephone / <i>Điện thoại bàn</i>	Mobile / <i>Mobile</i>	Relationship to me / <i>Quan hệ với tôi</i>

MR00H.01 MY ADVANCE CARE PLAN – VIETNAMESE

**I have completed one or more of the following:**

***Tôi đã hoàn thành ít nhất một trong số dưới đây:***

**Advance Health Directive**

***Chỉ thị Trước về Y tế***

**Yes/No (please circle)**

***Có/Không (khoanh tròn)***

I have stored a copy at: / *Tôi để một bản sao tại:* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Một bản sao có thể được lấy từ:*

Name: / *Tên:* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Điện thoại:* \_\_\_\_\_

**Enduring Power of Guardianship**

***Ủy Quyền Giám hộ Dài Hạn***

**Yes/No (please circle)**

***Có/Không (khoanh tròn)***

I have stored a copy at: / *Tôi để một bản sao tại:* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Một bản sao có thể được lấy từ:*

Name: / *Tên:* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Điện thoại:* \_\_\_\_\_

**Enduring Power of Attorney**

***Ủy Quyền Dài Hạn***

**Yes/No (please circle)**

***Có/Không (khoanh tròn)***

I have stored a copy at: / *Tôi để một bản sao tại:* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Một bản sao có thể được lấy từ:*

Name: / *Tên:* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Điện thoại:* \_\_\_\_\_

**Will**

***Di Chúc***

**Yes/No (please circle)**

***Có/Không (khoanh tròn)***

I have stored a copy at: / *Tôi để một bản sao tại:* \_\_\_\_\_

A copy can also be obtained from: / *Một bản sao có thể được lấy từ:*

Name: / *Tên:* \_\_\_\_\_

Telephone: / *Điện thoại:* \_\_\_\_\_

## Preferences for my future care

These are my preferences, in relation to my future care.

Please refer to the *Advance Care Planning Guide for Patients*.

### **Những ưu tiên về việc chăm sóc của tôi trong tương lai**

*Đây là những ưu tiên của tôi, liên quan tới việc chăm sóc của tôi trong tương lai. Vui lòng tham khảo Hướng Dẫn Lên Kế Hoạch Chăm Sóc dự phòng Cho Bệnh Nhân.*

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Other outcomes of the Advance Care Planning conversation:

For example, you may have considered completing other relevant legal documents such as an Advance Health Directive or Enduring Power of Guardianship or you may have decided to become an organ donor.

*Những kết quả khác của cuộc nói chuyện về Lên Kế hoạch Chăm sóc dự phòng:*

*Ví dụ, quý vị có thể đã cân nhắc hoàn thành các giấy tờ pháp lý có liên quan khác như Chỉ thị Trước về Y tế hoặc Ủy Quyền Giám hộ Dài hạn hoặc quý vị có thể đã quyết định trở thành một người hiến nội tạng.*

Outcome / Kết quả	Description / Mô tả

**If I have lost capacity or am approaching end of life, where practical and appropriate, I would prefer to be cared for:**

***Nếu tôi đã mất khả năng hoặc đang hấp hối, khi thực tế và phù hợp, tôi muốn được chăm sóc:***

Initial the option you prefer: / *Ký nháy vào lựa chọn quý vị muốn:*

- In my usual home: / *Tại nhà tôi:* \_\_\_\_\_
- At a family member's home: / *Tại nhà một người trong gia đình:* \_\_\_\_\_
- At a hospice or palliative care unit / *Tại một nhà chăm sóc cận tử hoặc một đơn vị chăm sóc giảm đau*
- In hospital / *Tại bệnh viện*
- On country (for Aboriginal and Torres Strait Islanders) / *Tại quê gốc (đối với Thổ dân và Dân đảo Torres Strait)*
- At another place: / *Tại một nơi khác:* \_\_\_\_\_

### **I would like to leave the following message(s)**

For example: I am a carer for my partner/family member or I would like the following person to care for my pet, or I would like a particular song played or I would like a particular complementary therapy to be used or I would like my family to respect my preferences to be an organ donor etc.

### ***Tôi muốn để lại những lời nhắn sau***

*Ví dụ: Tôi là người chăm sóc cho bạn đời/một thành viên gia đình của tôi hoặc Tôi muốn người sau đây chăm sóc thú nuôi của tôi, hoặc Tôi muốn bật một bài hát cụ thể hoặc Tôi muốn một phương pháp trị liệu cụ thể được dùng hoặc Tôi muốn gia đình tôn trọng quyết định trở thành người hiến nội tạng của tôi v.v...*

---



---



---



---



---



---

Signed: / *Đã ký tên:* \_\_\_\_\_ Date: / *Ngày:* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

This document can be made available in alternative formats on request for a person with disability.  
*Tài liệu này có thể được làm thành các định dạng khác theo yêu cầu cho người khuyết tật.*

Produced by WA Cancer and Palliative Care Network  
© Department of Health 2017

Copyright to this material is vested in the State of Western Australia unless otherwise indicated. Apart from any fair dealing for the purposes of private study, research, criticism or review, as permitted under the provisions of the *Copyright Act 1968*, no part may be reproduced or re-used for any purposes whatsoever without written permission of the State of Western Australia.