

YÊU CẦU CHO THUỐC ĐỂ KẾT THÚC CUỘC SỐNG CỦA TÔI CÁCH ÊM DỊU
REQUEST FOR MEDICATION TO END MY LIFE IN A PEACEFUL MANNER

Tôi, _____, là một người trưởng thành với trí tuệ
tỉnh táo.

Tôi đang bệnh nan y, là một căn bệnh hoặc tình trạng không thể chữa khỏi và không thể hồi
phục, và theo thăm định hợp lý của y khoa, sẽ dẫn đến tử vong trong vòng sáu tháng. Bác sĩ của
tôi đã xác định rằng căn bệnh đang ở giai đoạn cuối. _____ (Bệnh nhân ký tắt tên họ)

Tôi đã được thông báo đầy đủ về sự chẩn đoán và dự đoán bệnh trạng của tôi, về tính chất của
thuốc trợ tử đã được bác sĩ kê toa và về những nguy hiểm có thể xảy ra khi dùng thuốc, về kết
quả mong đợi và giải pháp thay thế khả thi, về các cơ hội điều trị khác, gồm sự chăm sóc trong
giai đoạn cuối đời, chăm sóc tập trung làm giảm các triệu chứng và giảm đau đớn. _____ (Bệnh
nhân ký tắt tên họ)

Tôi yêu cầu bác sĩ của tôi kê toa thuốc để kết thúc cuộc sống của tôi một cách êm dịu nếu tôi
chọn quyết định tự sử dụng thuốc và tôi ủy quyền cho bác sĩ của tôi liên lạc với một dược sĩ sẵn
sàng thực hiện yêu cầu này. _____ (Bệnh nhân ký tắt tên họ)

Tôi hiểu rằng tôi có quyền hủy bỏ yêu cầu này bất kỳ lúc nào. _____ (Bệnh nhân ký tắt tên họ)

Tôi hiểu ý nghĩa trọn vẹn của yêu cầu này và tôi sẽ chết nếu tôi tự sử dụng thuốc trợ tử đã kê toa
để kết thúc cuộc sống. Tôi cũng hiểu rằng mặc dù hầu hết các trường hợp tử vong xảy ra trong
vòng ba giờ, nhưng cái chết của tôi có thể lâu hơn. Bác sĩ của tôi đã tư vấn cho tôi về điều này.
_____ (Bệnh nhân ký tắt tên họ)

Tôi đưa ra yêu cầu này một cách tự nguyện và không điều kiện.

Ký tên: _____

Ngày: _____ Giờ: _____

LỜI TUYÊN BỐ CỦA NHÂN CHỨNG:

Chúng tôi tuyên bố rằng người ký yêu cầu này:

1. là cá nhân được chúng tôi biết đến hoặc đã cung cấp chứng minh danh tính;
2. ký yêu cầu này với sự hiện diện của chúng tôi;
3. tỉnh táo và không bị cưỡng ép, lừa gạt hoặc bị áp lực; và
4. không phải là bệnh nhân mà một trong hai chúng tôi là bác sĩ y tế.

	Nhân chứng 1:	Nhân chứng 2:
Chữ ký:	_____	_____
Viết Tên bằng Chữ in:	_____	_____
Quan hệ với Bệnh nhân:	_____	_____
Ngày:	_____	_____

LƯU Ý: Không hơn một nhân chứng là người có quan hệ huyết thống, hôn nhân hoặc là con nhận nuôi của người ký yêu cầu này. Không hơn một nhân chứng sẽ sở hữu, điều hành hoặc làm việc tại cơ sở y tế nơi mà người ký yêu cầu đó là bệnh nhân hay cư dân.”

Chứng nhận của Bác sĩ (tùy chọn):

Chữ ký của Bác sĩ Kê Toa Thuốc

Ngày Kê Toa Thuốc

LƯU Ý: Bác sĩ không bắt buộc chứng nhận cũng như không cần thiết phải để tên vào Đơn Yêu cầu này. Tuy nhiên, Văn phòng Điều tra Y tế có thể yêu cầu bằng chứng rằng cá nhân đó là một bệnh nhân của chương trình Trợ Tử cho Người Sắp Chết. Đề nghị cần chuẩn bị sẵn bản copy của cả hai Đơn Yêu cầu và Giấy Chứng nhận Đơn thuốc trong hồ sơ bệnh án và mang theo bên người.