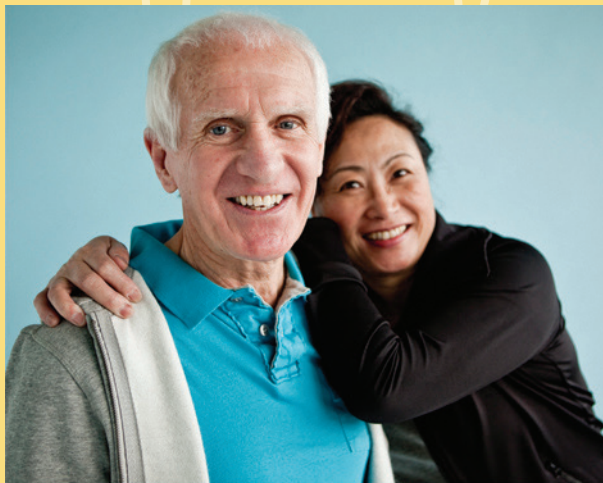


# Tiếng nói của tôi

Thể hiện nguyện vọng của tôi đối với việc điều trị chăm sóc sức khỏe trong tương lai

Hướng dẫn lập Kế hoạch chăm sóc trước



Tháng 2 năm 2020

Tài liệu hướng dẫn này được sử dụng trên cơ sở tự nguyện và nhằm bổ sung trao đổi với các thành viên thân thiết trong gia đình hoặc chuyên viên chăm sóc sức khỏe của quý vị về các tùy chọn lập kế hoạch chăm sóc trước có thể phù hợp với quý vị. Bên cạnh đó, các biểu mẫu được cung cấp phản ánh quy định luật tại thời điểm xuất bản. Quy định luật có thể thay đổi theo thời gian. Tài liệu hướng dẫn này không thay thế tư vấn y tế hay pháp lý.

Biên mục trước xuất bản của Hiệp hội Thư viện và Lưu trữ Canada

Tiếng nói của tôi -- Thể hiện nguyện vọng của tôi đối với việc điều trị chăm sóc sức khỏe trong tương lai.

Bao gồm mục lục.  
ISBN 978-0-7726-6524-9

1. Bản chỉ dẫn trước (về Chăm sóc y tế)--British Columbia--  
Các ấn phẩm thịnh hành. I. British Columbia. Bộ Y Tế II. Tiêu đề.

R726.2 M9 2011      344.71104'197      C2011-909048-1

---

Số tham chiếu in tài liệu của cơ quan y tế:

FH: 349976

IH: 807025

NH: 1752

PHSA: PHSA240

VCH: 00089414

VIHA: 90444

## Lời cảm ơn

---

Bộ Y Tế chân thành cảm ơn Fraser Health đã cho phép điều chỉnh sách hướng dẫn Tiếng nói của tôi (My Voice) thành tài liệu hướng dẫn mới cấp tỉnh về việc lập kế hoạch chăm sóc trước. Bộ Y Tế cũng trân trọng cảm ơn các bác sĩ và bệnh nhân đã cống hiến thời gian và ý tưởng. Tài liệu hướng dẫn này do Bộ Y Tế phối hợp thực hiện cùng các đơn vị:



# Mục Lục

---

Giới thiệu	2
Vì sao Kế hoạch chăm sóc trước lại quan trọng?	3
Xây Dựng Kế hoạch chăm sóc trước của quý vị	5
Niềm tin, giá trị và nguyện vọng	5
Biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống	6
Tùy chọn lập kế hoạch chăm sóc trước	8
Người quyết định thay thế tạm thời (Temporary Substitute Decision Maker - TSDM)	9
Thỏa thuận đại diện (Representation Agreement, RA)	11
Bản chỉ dẫn trước	14
Thỏa thuận đại diện và Bản chỉ dẫn trước	16
Giấy ủy quyền lâu dài	19
Thay đổi hoặc hủy bỏ kế hoạch chăm sóc trước của quý vị	20
Định nghĩa các thuật ngữ	22
Sắp xếp giấy tờ của quý vị	25
<b>Kế hoạch chăm sóc trước của tôi</b>	
Kế hoạch chăm sóc trước của tôi - Tóm tắt	27
Danh sách Người quyết định thay thế tạm thời của tôi	28
Niềm tin, giá trị và nguyện vọng của tôi	30
Người đại diện của tôi: Thỏa thuận tiêu chuẩn (RA 7) và Thỏa thuận trước (RA 9)	32
Thỏa thuận đại diện (Mục 7)	34
Biểu mẫu 1: Giấy chứng nhận người đại diện hoặc người đại diện thay thế	40
Biểu mẫu 2: Giấy chứng nhận người giám sát	41
Biểu mẫu 3: Giấy chứng nhận người ký thay người trưởng thành	42
Biểu mẫu 4: Giấy chứng nhận người làm chứng	43
Thỏa thuận đại diện (Mục 9)	44
Bản chỉ dẫn trước của tôi	50
Tài nguyên	52
Thẻ wallet	52

## Giới thiệu

---

Quý vị cần có tiếng nói trong các quyết định liên quan đến điều trị chăm sóc sức khỏe của quý vị. Có thể tại thời điểm nào đó, do bệnh tật hay thương tích, quý vị mất khả năng bày tỏ nguyện vọng điều trị của mình với chuyên viên chăm sóc sức khỏe. Thông qua việc lập kế hoạch từ trước, quý vị có thể đảm bảo gia đình, bạn bè và/hoặc chuyên viên chăm sóc sức khỏe hiểu rõ nguyện vọng của quý vị và có thể đảm bảo các nguyện vọng đó được thực hiện.

Quy định pháp lý về việc lập kế hoạch cho người không đủ khả năng nhận thức (hoặc lập kế hoạch cá nhân) mới đã có hiệu lực tại British Columbia (B.C.) vào ngày 1/9/2011, giúp người trưởng thành có thêm lựa chọn để thể hiện nguyện vọng của mình về các quyết định chăm sóc sức khỏe trong tương lai. Luật cho phép người trưởng thành đủ khả năng nhận thức được lập kế hoạch phác thảo các phương pháp điều trị chăm sóc sức khỏe mà họ đồng ý hoặc từ chối căn cứ trên niềm tin, giá trị và nguyện vọng của bản thân. Trong trường hợp không có quyết định/kế hoạch nào được đưa ra, luật chấp thuận chăm sóc sức khỏe của B.C. quy định hướng dẫn cụ thể đối với các chuyên viên chăm sóc sức khỏe về người họ phải lựa chọn để thay mặt và đưa ra quyết định.

Hướng dẫn này và phần thực hành ở nửa sau của tập sách sẽ giúp quý vị hoàn thành một kế hoạch chăm sóc trước, trong đó nêu rõ nguyện vọng của quý vị đối với các quyết định chăm sóc sức khỏe trong trường hợp quý vị không thể đưa ra quyết định. Tài liệu này sẽ giúp quý vị cân nhắc các nội dung quan trọng, nêu rõ niềm tin và nguyện vọng của bản thân, giúp quý vị phát triển kế hoạch chăm sóc trước phù hợp nhất.

Tùy theo kế hoạch chăm sóc trước quý vị lựa chọn, quý vị có thể cần hoàn thành các biểu mẫu pháp lý để đảm bảo nguyện vọng của quý vị được thực hiện. Hướng dẫn bao gồm các biểu mẫu quý vị có thể hoàn thành mà không cần hỗ trợ của luật sư hoặc công chứng viên và sẽ có giá trị pháp lý nếu được điền đúng cách. Đối với các tình huống phức tạp, quý vị nên nhờ tư vấn pháp lý để đảm bảo các biểu mẫu và nội dung quý vị điền vào biểu mẫu sẽ đáp ứng nhu cầu của quý vị.



## Vì sao Kế hoạch chăm sóc trước lại quan trọng?

Miễn là quý vị có khả năng hiểu và giao tiếp với bác sĩ, y tá cao cấp, y tá chính quy và/hoặc chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác, quý vị sẽ được yêu cầu tự đưa ra quyết định điều trị chăm sóc sức khỏe của bản thân.

Tuy nhiên, chúng ta không thể biết chuyện gì sẽ xảy ra trong tương lai. Một vụ tai nạn nghiêm trọng hoặc bị bệnh nặng có thể khiến quý vị mất khả năng tự quyết định về việc chăm sóc sức khỏe của bản thân khi cần được chăm sóc. Kế hoạch chăm sóc trước giúp quý vị chuẩn bị cho khả năng như vậy. Chương trình này cung cấp cho người thân trong gia đình hoặc bạn bè thân thiết và chuyên viên chăm sóc sức khỏe hướng dẫn chăm sóc và điều trị cho quý vị dựa trên nguyện vọng của quý vị.

**Kế hoạch chăm sóc trước có thể trả lời các câu hỏi sau:**

- Quý vị muốn ai ra quyết định chăm sóc sức khỏe thay quý vị?
- Quý vị chấp thuận hoặc từ chối (các) phương pháp điều trị chăm sóc sức khỏe nào trong trường hợp được chuyên viên chăm sóc sức khỏe khuyến nghị?
- Quý vị chấp nhận hay từ chối biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống trong các điều kiện nhất định?
- Quý vị ưu tiên điều gì nếu cần chăm sóc nội trú hoặc không thể được chăm sóc tại nhà?

Mary 54 tuổi, đã ly dị, thích thể thao và có hai con đã lớn. Cách đây hai tháng, bà đã bị xe hơi đâm khi đang đạp xe. Bà vẫn đang bất tỉnh và cần máy trợ thở. Các bác sĩ cho biết, Mary đã bị tổn thương não vĩnh viễn và không thể hồi phục sau chấn thương. Cho dù có tỉnh lại thì bà sẽ không bao giờ đi lại, nói chuyện thay tự thở được. Các con gái luôn túc trực bên bà. Hiện bà đang phải chống chọi với tình trạng nhiễm trùng cả hai phổi, phải chịu đau đớn và các bác sĩ cho biết có thể vài tuần nữa bà sẽ qua đời. Họ đề nghị rút máy thở cho Mary và bà sẽ bớt đau đớn hơn nếu được chết một cách tự nhiên. Một người con gái của bà cho rằng đây là lựa chọn tốt nhất nhưng người con còn lại hiện đang bầu sáu tháng lại muốn thực hiện mọi biện pháp can thiệp có thể cho đến khi cháu đầu tiên của bà ra đời.



Nếu Mary đã chia sẻ nguyện vọng của mình đối với việc chăm sóc sức khỏe tương lai thông qua việc lập kế hoạch chăm sóc trước thì các con bà và các chuyên viên chăm sóc sức khỏe sẽ hiểu rõ hơn về niềm tin, giá trị và nguyện vọng chăm sóc sức khỏe của bà trong suốt thời gian khó khăn này. Việc này sẽ định hướng cho các quyết định chăm sóc và điều trị mà Mary sẽ đưa ra nếu bà có thể tự quyết định.

Lập kế hoạch chăm sóc trước nghĩa là trao đổi với gia đình, bạn bè thân thiết và (các) chuyên viên chăm sóc sức khỏe để họ biết phương pháp điều trị chăm sóc sức khỏe quý vị mong muốn hoặc từ chối trong trường hợp quý vị mất khả năng tự thể hiện quyết định của mình.

Ghi chép lại niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị đối với việc chăm sóc sức khỏe trong tương lai chính là một kế hoạch chăm sóc trước. Kế hoạch chăm sóc trước của quý vị cũng có thể bao gồm các tài liệu pháp lý bổ sung.

Tại British Columbia, các chuyên viên chăm sóc sức khỏe phải tôn trọng nguyện vọng chăm sóc sức khỏe của người trưởng thành đã được thể hiện khi họ có đủ khả năng nhận thức. Bất kể quý vị có thể hiện nguyện vọng của bản thân trong kế hoạch chăm sóc trước hay không thì chuyên viên chăm sóc sức khỏe sẽ đưa ra khuyến nghị điều trị phù hợp với quý vị.

Lập kế hoạch chăm sóc trước giúp những người khác biết rõ quyết định quý vị sẽ tự đưa ra, giúp gia đình và bạn bè của quý vị có những hiểu biết và công cụ cần thiết trong tương lai. Kế hoạch chăm sóc trước là một lựa chọn. Đó là lựa chọn sẽ giúp giảm bớt căng thẳng mà gia đình và bạn bè của quý vị có thể đối mặt nếu được yêu cầu đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe quan trọng cho quý vị.

# Xây Dựng Kế hoạch chăm sóc trước của quý vị

---

## Niềm tin, giá trị và nguyện vọng

---

Việc lập kế hoạch chăm sóc trước bắt đầu bằng việc suy nghĩ về những niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị liên quan đến việc điều trị chăm sóc sức khỏe trong tương lai và trao đổi về các nội dung này với gia đình, bạn bè và (các) chuyên viên chăm sóc sức khỏe. Khi những người quý vị tin tưởng hiểu rõ điều quan trọng với quý vị liên quan đến điều trị chăm sóc sức khỏe trong tương lai, họ sẽ dễ thay quý vị ra quyết định hơn.

Những ví dụ dưới đây có thể giúp quý vị tìm ra điều quan trọng với bản thân.

Những điều dưới đây khiến cuộc sống của tôi có ý nghĩa:

- Dành thời gian với gia đình và bạn bè
- Tình yêu thú nuôi/âm nhạc/nghệ thuật/làm vườn/công việc/sở thích/hít thở không khí trong lành/thể thao
- Thực hành đức tin của tôi

Khi suy nghĩ về việc cái chết của tôi có thể thế nào, tôi có thể thoải mái khi:

- Biết mọi đau đớn tôi chịu đựng sẽ được điều trị
- Tin rằng tôi sẽ được chăm sóc chu đáo và gia đình sẽ tiếp tục ở bên tôi
- Tin rằng tôi sẽ để lại điều gì đó sau khi chết dù tôi không biết đó là gì

Khi nghĩ về cái chết, tôi lo lắng rằng:

- Tôi có thể bị khó thở
- Tôi có thể bị đau không kiểm soát được
- Tôi có thể đơn độc

Khi cuộc đời tôi sắp kết thúc, tôi muốn:

- Gia đình ở bên
- Có người nắm tay tôi
- Người đứng đầu tôn giáo sẽ đến thăm tôi
- Nghe mọi người kể nói về những kỷ niệm hạnh phúc trong cuộc đời tôi
- Nghe nhạc tôi yêu thích
- Để mở một cửa sổ bất kể tình hình thời tiết



## Biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống

---

Suy nghĩ và nói lên nguyện vọng của quý vị đối với biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống là rất quan trọng, đặc biệt nếu quý vị bị bệnh nặng hoặc bệnh hiểm nghèo. Kế hoạch chăm sóc trước của quý vị có thể giải quyết các tình huống khác nhau, chẳng hạn như chăm sóc quý vị tại bệnh viện trong và sau phẫu thuật thông thường, chăm sóc trong trường hợp tai nạn hoặc các quyết định chăm sóc cuối đời.

Bác sĩ và các nhà chăm sóc sức khỏe khác sẽ luôn tiến hành chăm sóc sức khỏe phù hợp về mặt y tế dựa trên đánh giá lâm sàng. Các chuyên viên chăm sóc sức khỏe sẽ muốn đảm bảo mọi triệu chứng như đau đớn, chóng mặt, buồn nôn, chảy máu hoặc nhiễm trùng luôn được hiểu rõ và xử lý. Chỉ cần quý vị có khả năng hiểu và giao tiếp, chuyên viên chăm sóc sức khỏe của quý vị sẽ giải thích biện pháp chăm sóc phù hợp nhất cho quý vị về mặt y tế, bao gồm những rủi ro, lợi ích hoặc biện pháp thay thế. Họ cũng sẽ hỏi xem quý vị còn thắc mắc hay không và có muốn chấp nhận hoặc từ chối biện pháp điều trị chăm sóc sức khỏe.

Những quyết định khó khăn nhất sẽ liên quan đến việc sử dụng biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống. Can thiệp y tế có thể bao gồm sử dụng máy trợ thở, cho ăn qua ống thông, lọc thận hoặc hồi sức tim phổi để phục hồi tim, phổi. Các biện pháp điều trị này được đưa ra khi chuyên viên chăm sóc sức khỏe tin rằng các biện pháp đó phù hợp về mặt y tế.

Những câu hỏi dưới đây có thể giúp quý vị suy nghĩ về các biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống mà quý vị có thể muốn chấp nhận hoặc từ chối trong tương lai.

Nếu quý vị bị bệnh mãn tính:

- Bệnh trạng của tôi đang ở giai đoạn nào và có thể tiến triển ra sao?
- Bệnh trạng của tôi có thể ảnh hưởng đến trí nhớ hoặc khả năng tự quyết định của tôi trong tương lai hay không?
- Bệnh trạng có đe dọa đến tính mạng của tôi hay không?
- Tôi có thể cần biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống nào do tình trạng này không?
- Chuyên viên chăm sóc sức khỏe của tôi đề nghị tôi cân nhắc và giải quyết nội dung gì trong kế hoạch chăm sóc trước của tôi?

Nếu bị thương tích hay bệnh hiểm nghèo, quý vị có muốn chấp nhận hay từ chối:

- Hồi sức tim phổi (Cardiopulmonary resuscitation, CPR)?
- Toàn bộ, một vài hoặc không có biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống khi chuyên viên chăm sóc sức khỏe cho biết biện pháp điều trị chăm sóc sức khỏe là phù hợp về mặt y tế?
- Giai đoạn thử nghiệm biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống, cho phép chết tự nhiên trong trường hợp bệnh trạng của quý vị không tiến triển?

Quý vị có thể tự đặt ra câu hỏi "Tôi có muốn biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống hay không nếu điều này đồng nghĩa với việc tôi không thể":

- Tận hưởng cuộc sống và các hoạt động như hiện tại?
- Tự ra khỏi giường, đi lại hoặc ra ngoài?
- Nhận ra và giao tiếp bình thường với họ hàng hay bạn bè của tôi?
- Còn ý thức?



# Tùy chọn lập kế hoạch chăm sóc trước

Có một số tùy chọn để truyền đạt nguyện vọng và chỉ dẫn của quý vị trong trường hợp quý vị mất khả năng tự thực hiện điều đó. Hoàn cảnh cá nhân của quý vị và loại kế hoạch chăm sóc trước mà quý vị muốn xây dựng sẽ ảnh hưởng đến những tùy chọn quý vị lựa chọn.

## Kiến thức cơ bản về lập kế hoạch chăm sóc trước

Mọi kế hoạch chăm sóc trước cần bao gồm ba nội dung sau:

Trao đổi với gia đình hoặc bạn bè và chuyên viên chăm sóc sức khỏe về niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị.

Ghi chép lại niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị đối với việc điều trị chăm sóc sức khỏe trong tương lai.

Ghi lại thông tin liên hệ của những người đủ điều kiện để đưa vào danh sách Người quyết định thay thế tạm thời của quý vị.

## Tùy chọn lập kế hoạch chăm sóc trước

Các tài liệu sau không bắt buộc tùy theo nhu cầu lập kế hoạch chăm sóc trước của quý vị:

Thỏa thuận đại diện tiêu chuẩn: Mục 7

Cho phép quý vị xác định rõ người sẽ đưa ra các quyết định quản lý tài chính thông thường, quyết định chăm sóc cá nhân và một số quyết định chăm sóc sức khỏe.

Không cho phép người này được từ chối biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống dành cho quý vị.

Thỏa thuận đại diện trước: Mục 9

Cho phép quý vị xác định rõ người sẽ đưa ra các quyết định chăm sóc cá nhân và một số quyết định chăm sóc sức khỏe, bao gồm quyết định chấp nhận hoặc từ chối biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống dành cho quý vị.

Bản chỉ dẫn trước

Cho phép quý vị trực tiếp nêu rõ quyết định của mình với chuyên viên chăm sóc sức khỏe về việc chấp nhận hay từ chối việc điều trị chăm sóc sức khỏe, bao gồm biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống.

Phải thực hiện theo bản chỉ dẫn trước khi tài liệu này để cập đến quyết định chăm sóc sức khỏe cần thiết tại một thời điểm. Không ai được yêu cầu ra quyết định thay quý vị.

Giấy ủy quyền lâu dài

Cho phép quý vị chỉ định một người thay quý vị đưa ra các quyết định tài chính và pháp lý trong trường hợp quý vị không đủ khả năng nhận thức.

## Người quyết định thay thế tạm thời

Người quyết định thay thế tạm thời ( Temporary substitute decision maker, TSDM) sẽ được chọn nếu quý vị không chỉ định hợp pháp cá nhân (người đại diện) sẽ thực hiện các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị khi quý vị mất khả năng tự quyết định.

Người quyết định thay thế tạm thời sẽ được lựa chọn bởi bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác trong danh sách mà quý vị có thể điền vào. Thứ tự những người đủ tiêu chuẩn được đưa vào danh sách sẽ được xác định theo luật định của B.C. Để có đủ tư cách là người quyết định thay thế tạm thời, người đó phải từ 19 tuổi trở lên, đủ khả năng nhận thức, không có tranh chấp với quý vị và giữ liên hệ với quý vị trong vòng một năm qua.

Phải tiếp cận một người trong danh sách dưới đây theo đúng thứ tự đưa ra:

1. Vợ/Chồng (đã kết hôn, có hôn nhân theo luật định, đồng giới - thời gian chung sống không quan trọng)
2. Con trai hoặc con gái (từ 19 tuổi trở lên, thứ tự theo độ tuổi không quan trọng)
3. Bố/Mẹ (một trong hai, có thể là bố/mẹ nuôi)
4. Anh/Chị em ruột (thứ tự theo độ tuổi không quan trọng)
5. Ông/Bà
6. Cháu (thứ tự theo độ tuổi không quan trọng)
7. Một người bất kỳ có quan hệ máu mủ hoặc nhận nuôi với quý vị
8. Bạn thân
9. Người có quan hệ trực tiếp với quý vị theo hôn nhân (dâu/rể, bố dượng/mẹ kế, con riêng, v.v.)

Quý vị không có quyền thay đổi thứ tự của danh sách này. Chuyên viên chăm sóc sức khỏe của quý vị chỉ được chọn người có thứ tự ưu tiên thấp hơn trong danh sách là người quyết định thay thế tạm thời của quý vị nếu tất cả những người có thứ tự ưu tiên cao hơn không hội đủ điều kiện hoặc không có mặt.

Nếu quý vị biết mình muốn một người ở thứ tự ưu tiên thấp hơn trong danh sách đưa ra các quyết định chăm sóc sức khỏe cho quý vị thì quý vị nên chỉ định hợp pháp người đó làm người đại diện của quý vị bằng biểu mẫu thỏa thuận đại diện. Có hai loại biểu mẫu thỏa thuận đại diện khác nhau ở phần cuối của hướng dẫn này. Hãy đảm bảo sử dụng loại biểu mẫu phù hợp với nhu cầu của quý vị. Thông tin về các điểm khác biệt giữa hai loại thỏa thuận đại diện này có ở mục tiếp theo.

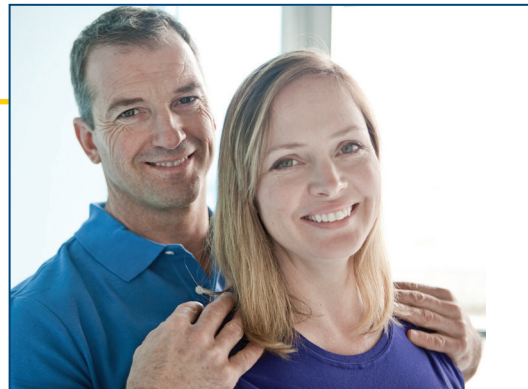
Theo luật định, người quyết định thay thế tạm thời của quý vị phải đưa ra yêu cầu tôn trọng nguyện vọng của quý vị. Nếu quý vị đã thảo luận về việc lập kế hoạch chăm sóc trước và ghi rõ niềm tin, giá trị, nguyện vọng của bản thân thì người quyết định thay thế tạm thời của quý vị sẽ nắm rõ và có thể truyền đạt nguyện vọng của quý vị khi được yêu cầu quyết định việc điều trị chăm sóc sức khỏe của quý vị.

Nếu quý vị chấp thuận người quyết định thay thế tạm thời được chọn trong trường hợp cần thiết thì kế hoạch chăm sóc trước của quý vị phải bao gồm những việc sau:

- Trao đổi về niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị với người thân trong gia đình hoặc một người bạn đáng tin cậy;
- Ghi chép lại niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị (trang 30); và
- Điền vào danh sách người quyết định thay thế tạm thời (trang 28) thông tin liên hệ của những người mà chuyên viên chăm sóc sức khỏe có thể liên hệ theo đúng thứ tự ưu tiên trong trường hợp cần người quyết định thay thế tạm thời.

Bà Pat, 47 tuổi, là nhân viên văn phòng có điều kiện sức khỏe tốt, sinh sống tại một thị trấn nhỏ ở phía bắc. Bà đã kết hôn với ông Tom, 49 tuổi, được 24 năm và họ có ba con 20, 17 và 14 tuổi. Con út của ông bà sống cùng bố mẹ còn con cả đã chuyển đến học đại học vào năm ngoái.

Sau khi một số thành viên gia đình và bạn bè qua đời trong những năm qua, bà Pat đã bắt đầu suy nghĩ về những quyết định chăm sóc sức khỏe của mình trong tương lai. Bà đã chia sẻ cảm xúc và lo lắng với Tom. Trên thực tế, ông Tom có nhiều suy nghĩ giống với vợ mình. Họ đã cùng quyết định lập kế hoạch chăm sóc trước để biết rõ nguyện vọng của nhau đối với các quyết định chăm sóc sức khỏe trong tương lai.



Vợ chồng ông bà Tom và Pat đã lựa chọn ghi rõ niềm tin, giá trị, nguyện vọng của mình và ghi tên người vào danh sách người quyết định thay thế tạm thời do:

- Ông bà có quan hệ gắn bó, lâu dài;
- Ông bà tin tưởng nhau trong việc giúp nhau đưa ra quyết định đúng trên cơ sở tôn trọng niềm tin, giá trị và nguyện vọng của nhau;
- Là vợ chồng, ông bà sẽ là người ưu tiên hàng đầu trong danh sách người quyết định thay thế tạm thời của nhau; và
- Bà Pat đã chia sẻ niềm tin, giá trị và nguyện vọng của bản thân với con cả và mẹ mình. Đây là hai người hội đủ điều kiện là người quyết định thay thế tạm thời được ưu tiên tiếp theo trong trường hợp ông Tom không còn.

## Thỏa thuận đại diện (Representation Agreement, RA)

Người trưởng thành tại British Columbia có thể ghi rõ tên người đại diện trong thỏa thuận đại diện nếu muốn một người cụ thể thay họ đưa ra các kiểu quyết định nào đó. Có hai loại thỏa thuận đại diện.

### Thỏa thuận tiêu chuẩn: Thỏa thuận đại diện Mục 7

Thỏa thuận đại diện mục 7 cho phép quý vị ghi rõ người đại diện đưa ra quyết định về việc quản lý các vấn đề tài chính thông thường, chăm sóc cá nhân và một số quyết định điều trị chăm sóc sức khỏe của quý vị. Thỏa thuận này không cho phép người đại diện đưa ra quyết định điều trị chăm sóc sức khỏe của quý vị liên quan đến việc từ chối biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống.

Thỏa thuận tiêu chuẩn có thể là một lựa chọn đối với người trưởng thành được chuyên viên chăm sóc sức khỏe đánh giá là không thể thực hiện thỏa thuận đại diện trước (Mục 9). Thỏa thuận đại diện mục 7 cho phép người trưởng thành bị suy giảm khả năng nhận thức (chẳng hạn như do khuyết tật phát triển hoặc tổn thương/bệnh tật liên quan đến não ảnh hưởng đến khả năng nhận thức) thực hiện lập kế hoạch chăm sóc trước.

Người trưởng thành có đủ khả năng thực hiện thỏa thuận đại diện mục 9 có thể lựa chọn thực hiện thỏa thuận đại diện mục 7 nếu thỏa thuận này giải quyết nhu cầu của họ.

Hoàn tất thỏa thuận đại diện mục 7 như một phần trong kế hoạch chăm sóc trước của quý vị bao gồm những việc sau:

- Trao đổi về niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị với người thân trong gia đình hoặc một người bạn đáng tin cậy;
- Ghi chép lại niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị (trang 30);
- Nêu rõ người đại diện của quý vị và ghi cụ thể chỉ dẫn của quý vị trong thỏa thuận đại diện, sử dụng biểu mẫu mục 7 (trang 34); và
- Điền vào danh sách người quyết định thay thế tạm thời thông tin liên hệ của người mà chuyên viên chăm sóc sức khỏe có thể liên hệ khi cần người quyết định thay thế tạm thời trong trường hợp người đại diện của quý vị từ bỏ quyền đại diện hoặc không có người đại diện hoặc cần đưa ra quyết định về biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống (trang 28).

Michael, 38 tuổi, đã bị tai nạn xe máy nghiêm trọng cách đây 10 năm. Anh bị chấn thương đầu, bị liệt và liên tục gặp các vấn đề về trí nhớ do hậu quả của vụ tai nạn. Anh chưa lập gia đình, bố mẹ anh đã qua đời. Anh có một người em trai thân thiết sống ở tỉnh khác. Michael đã sống một mình trong căn hộ của mình suốt tám năm qua. Nhờ các thiết bị chuyên dụng và được các nhân viên hỗ trợ thăm khám tại nhà, anh đã có thể sống tự lập hết khả năng của mình. Bạn thân của anh, Ben, đưa anh đi mua sắm hàng tuần và tới các buổi hẹn khám. Michael có tình trạng sức khỏe tốt mặc dù anh cho biết trí nhớ của anh đã bị suy giảm từ năm ngoái, khiến anh khó đưa ra quyết định. Anh ngày càng phụ thuộc vào người bạn thân của mình để đảm bảo thanh toán hóa đơn đúng hạn, lên lịch và đến các buổi hẹn khám cùng anh. Y tá tại khu vực của Michael đã khuyên anh nên chọn một người đại diện để giúp anh quản lý các quyết định cá nhân, tài chính và một số vấn đề chăm sóc sức khỏe.

Michael hội đủ điều kiện hoàn tất thỏa thuận đại diện mục 7 vì xét về mọi yếu tố liên quan, anh:

- Có khả năng thể hiện mong muốn có người đại diện giúp anh quyết định việc chăm sóc cá nhân, các khoản chi tài chính thông thường và một số biện pháp chăm sóc sức khỏe và anh hiểu rằng người đại diện của mình có thể ra quyết định hoặc ngừng ra các quyết định sẽ ảnh hưởng đến anh;
- Tin tưởng bạn anh là Ben và biết Ben quan tâm đến anh;
- Biết và hiểu rằng anh không muốn Ben quyết định việc từ chối biện pháp duy trì sự sống hay can thiệp y tế kéo dài sự sống;
- Ben hội đủ điều kiện và chấp thuận để ghi anh là người đại diện của Michael; và
- Mặc dù không sống ở B.C. nhưng em trai Michael vẫn giữ liên lạc và sẽ hội đủ điều kiện làm người quyết định thay thế tạm thời trong trường hợp cần ra quyết định chăm sóc sức khỏe liên quan đến biện pháp duy trì sự sống.

### **Thỏa thuận trước: Thỏa thuận đại diện Mục 9**

Thỏa thuận đại diện mục 9 cho phép quý vị ghi rõ người đại diện ra quyết định về việc chăm sóc cá nhân, điều trị chăm sóc sức khỏe, bao gồm các quyết định về việc chấp nhận hoặc từ chối biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống. Người đại diện được nêu trong thỏa thuận đại diện mục 9 có thể không quyết định các vấn đề tài chính của quý vị. Để có người thay quý vị quyết định vấn đề tài chính trong trường hợp quý vị không đủ khả năng nhận thức, quý vị có thể chỉ định một người (được gọi là người được ủy quyền) bằng cách sử dụng biểu mẫu giấy ủy quyền lâu dài (xem trang 19 để biết thêm thông tin).

Hoàn tất thỏa thuận đại diện mục 9 như một phần trong kế hoạch chăm sóc trước của quý vị bao gồm những việc sau:

- Trao đổi về niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị với người thân trong gia đình hoặc một người bạn đáng tin cậy;
- Ghi chép lại niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị (trang 30);
- Nêu rõ người đại diện của quý vị và ghi rõ chỉ dẫn của quý vị trong thỏa thuận đại diện, sử dụng biểu mẫu mục 9 (trang 44); và
- Điền vào danh sách người quyết định thay thế tạm thời thông tin liên hệ của người mà chuyên viên chăm sóc sức khỏe có thể liên hệ khi cần người quyết định thay thế tạm thời trong trường hợp người đại diện của quý vị từ bỏ quyền đại diện hoặc không có người đại diện (trang 28).

Ông Gurdeep, 74 tuổi, đã cùng vợ là bà Rani tới Canada cách đây 10 năm. Vợ ông hầu như không nói được tiếng Anh. Sức khỏe ông đã yếu đi từ bảy năm nay. Ông bị bệnh thận, tiểu đường và cao huyết áp. Ông phải lọc thận ba lần một tuần và bệnh suy tim sung huyết của ông cứ vài tháng lại trở nặng. Hai vợ chồng ông sống cùng con cả là Jeet giúp chăm sóc ông và đến các buổi hẹn khám bác sĩ. Ông Gurd có năm người con sống gần ông và có quan hệ tốt với tất cả các con. Sức khỏe của ông rõ ràng đang suy giảm. Bác sĩ đề nghị ông lập kế hoạch chăm sóc trước để có người nắm được nguyện vọng của ông và biết rõ ai sẽ quyết định thay ông trong trường hợp ông mất khả năng tự quyết định. Ông đã nói chuyện với vợ và các con và xác định ông muốn ở nhà đến cuối đời, không muốn nhập viện hay vào cơ sở chăm sóc nội trú. Ông lo lắng sẽ chịu đau đớn và không muốn phụ thuộc vào máy móc để kéo dài sự sống. Bất chấp những lo ngại sức khỏe đó, ông cũng muốn hiến tạng. Ông quyết định muốn người con cả thay ông quyết định việc điều trị chăm sóc sức khỏe trong trường hợp ông không đủ khả năng nhận thức.





Ông Gurd đã lựa chọn hoàn tất thỏa thuận đại diện mục 9 bởi:

- Jeet không phải là người ưu tiên hàng đầu trong danh sách người quyết định thay thế tạm thời và phải được nêu rõ anh là người đại diện cho ông Gurd để yêu cầu quyết định việc chăm sóc sức khỏe của ông;
- Ông Gurd biết rõ Jeet có thể dễ dàng trao đổi với bác sĩ mà không cần thông dịch viên;
- Ông tin tưởng Jeet sẽ đưa ra quyết định việc điều trị chăm sóc sức khỏe trên cơ sở tôn trọng niềm tin, giá trị, nguyện vọng của ông và anh sẽ để bà Rani tham gia các cuộc trao đổi quan trọng; và
- Thỏa thuận đại diện mục 9 sẽ cho phép Jeet chấp nhận hoặc từ chối biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống.

Ông Gurd có thể muốn ghi tên một trong những đứa con còn lại làm người đại diện thay thế trong trường hợp Jeet từ bỏ quyền đại diện.

Ngoài ra, ông cũng có thể lập bản chỉ dẫn trước, ghi trong biểu mẫu thỏa thuận đại diện mục 9 rằng chuyên viên chăm sóc sức khỏe có thể trực tiếp thực hiện bản chỉ dẫn trước của ông mà không cần yêu cầu người đại diện trực tiếp của ông ra quyết định. Những lựa chọn này sẽ đảm bảo những nguyện vọng và chỉ dẫn về việc điều trị chăm sóc sức khỏe của ông được thực hiện.

## Bản chỉ dẫn trước

Bản chỉ dẫn trước cho phép người trưởng thành đủ khả năng nhận thức nêu rõ quyết định của họ về việc chấp nhận hoặc từ chối biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống, đồng thời trực tiếp chỉ dẫn và chia sẻ quyết định với chuyên viên chăm sóc sức khỏe. Bản chỉ dẫn trước của quý vị phải được tuân thủ với điều kiện bản chỉ dẫn có đề cập đến việc điều trị chăm sóc sức khỏe cần thiết đối với quý vị tại một thời điểm. Chỉ được chọn người quyết định thay thế tạm thời khi cần đưa ra quyết định điều trị chăm sóc sức khỏe không được đề cập trong bản chỉ dẫn trước của quý vị.

Hoàn tất bản chỉ dẫn trước như một phần trong kế hoạch chăm sóc trước của quý vị bao gồm những việc sau:

- Trao đổi về niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị với người thân trong gia đình hoặc một người bạn đáng tin cậy;
- Ghi chép lại niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị (trang 30);
- Ghi rõ quyết định của quý vị về việc điều trị chăm sóc sức khỏe trong tương lai trong bản chỉ dẫn trước (trang 50); và
- Điền vào danh sách người quyết định thay thế tạm thời thông tin liên hệ của người mà chuyên viên chăm sóc sức khỏe có thể liên hệ khi cần người quyết định thay thế tạm thời để ra quyết định về việc điều trị y tế không được đề cập trong bản chỉ dẫn trước của quý vị (trang 28).

Bà Jenny, 58 tuổi, đã di cư từ Trung Quốc sang Canada cách đây 24 năm. Bà không kết hôn và không có người nhà thân thiết. Bà sống một mình với một con mèo và một nhóm vài người bạn, bao gồm Rose, bạn thân nhất của bà đi du lịch thường xuyên. Sức khỏe của bà luôn tốt cho đến một tháng trước, bà thấy tức ngực khi leo lên một ngọn đồi dốc. Sau vài cuộc kiểm tra, bác sĩ của bà cho biết bà bị tắc nghẽn động mạch, mức cholesterol quá cao và có nguy cơ bị đau tim nghiêm trọng. Bác sĩ đã kê thuốc cho bệnh trạng của bà, khuyên bà bỏ hút thuốc và giới thiệu bà



cho một bác sĩ chuyên tim mạch để được chăm sóc chuyên sâu hơn. Bác sĩ khuyên bà Jenny suy nghĩ về việc lập kế hoạch chăm sóc trước để đảm bảo chuyên viên chăm sóc sức khỏe nắm rõ và tôn trọng các quyết định chăm sóc sức khỏe của bà do bà không có người thân trong gia đình. Sau khi suy nghĩ kỹ về biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống bà có thể cần nếu bệnh trạng của bà trầm trọng hơn, bà đã lựa chọn lập bản chỉ dẫn trước.

Bà Jenny đã lựa chọn hoàn tất bản chỉ dẫn trước do:

- Bà không có người thân gia đình và bạn thân của bà có thể không có mặt để chuyên viên chăm sóc sức khỏe chọn làm người quyết định thay thế tạm thời;
- Bà có thể nêu rõ nguyện vọng và chỉ dẫn đối với biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống và thời điểm bà muốn bắt đầu, tiếp tục hay chấm dứt các biện pháp này; và
- Bác sĩ của bà hiểu rõ về bà, những hy vọng và nguyện vọng của bà để có tương lai tốt đẹp hơn sau khi trao đổi với bà về việc lập kế hoạch chăm sóc trước và đã giữ bản sao bản chỉ dẫn trước của bà.

Bà có thể muốn nói chuyện với Rose, bạn của mình, hoặc người khác bà tin tưởng về nguyện vọng của mình và đảm bảo nguyện vọng của bà được xác định trong danh sách những người có thể liên hệ để làm người quyết định thay thế tạm thời khi cần thiết. Bà cũng có thể muốn làm giấy ủy quyền lâu dài để có người quản lý tài chính và tài sản của bà trong trường hợp bà mất khả năng tự quản lý (xem trang 19 để biết thêm thông tin).

## Thỏa thuận đại diện và Bản chỉ dẫn trước

Hoàn cảnh cá nhân khác biệt có thể có tác động khi một người trưởng thành lựa chọn lập thỏa thuận đại diện, bản chỉ dẫn trước hay đơn giản là trao đổi về niềm tin, giá trị và nguyện vọng của bản thân với gia đình thân thiết, bạn bè, và xác định thông tin liên hệ của người quyết định thay thế tạm thời. Luật quy định về việc lập kế hoạch cá nhân của British Columbia cũng đưa ra lựa chọn thực hiện cả thỏa thuận đại diện và bản chỉ dẫn trước.

Nếu quý vị có cả thỏa thuận đại diện và bản chỉ dẫn trước và muốn chuyên viên chăm sóc sức khỏe tuân thủ bản chỉ dẫn trước mà không cần yêu cầu người đại diện của quý vị ra quyết định thì phải ghi rõ điều này trong thỏa thuận đại diện.

Hoàn tất thỏa thuận đại diện và bản chỉ dẫn trước như một phần trong kế hoạch chăm sóc trước của quý vị bao gồm những việc sau:

- Trao đổi về niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị với người thân trong gia đình hoặc một người bạn đáng tin cậy;
- Ghi chép lại niềm tin, giá trị và nguyện vọng của quý vị (trang 30);
- Nêu rõ người đại diện của quý vị trong thỏa thuận đại diện, sử dụng biểu mẫu mục 7 (trang 34) hoặc mục 9 (trang 44);
- Nêu rõ quyết định của quý vị về việc điều trị chăm sóc sức khỏe trong tương lai trong bản chỉ dẫn trước (trang 50) [Lưu ý: Quý vị cần ghi rõ trong thỏa thuận đại diện rằng chuyên viên chăm sóc sức khỏe có thể thực hiện theo hướng dẫn trong bản chỉ dẫn trước của quý vị mà không cần được người đại diện của quý vị chấp thuận nếu đây là nguyện vọng của quý vị]; và
- Điền vào danh sách người quyết định thay thế tạm thời thông tin liên hệ của người mà chuyên viên chăm sóc sức khỏe có thể liên hệ khi cần người quyết định thay thế tạm thời để ra quyết định về việc điều trị y tế trong trường hợp người đại diện của quý vị từ bỏ quyền đại diện hoặc không có người đại diện và bản chỉ dẫn trước của quý vị không được áp dụng (trang 28).

## Thỏa thuận đại diện Mục 7 và Bản chỉ dẫn trước

Lập bản chỉ dẫn trước cùng với thỏa thuận đại diện mục 7 sẽ trực tiếp đưa ra chỉ dẫn cụ thể cho chuyên viên chăm sóc sức khỏe với điều kiện quý vị nêu rõ trong thỏa thuận đại diện rằng có thể thực hiện theo bản chỉ dẫn trước của quý vị mà không cần yêu cầu người đại diện thay quý vị quyết định việc chăm sóc sức khỏe.

Cô Marie, 34 tuổi, đã được chẩn đoán và điều trị chứng rối loạn tâm thần từ sớm từ khi 16 tuổi. Cô hầu như sinh hoạt bình thường, kiểm soát được triệu chứng và có thể tự chăm sóc bản thân. Cô đã kết hôn với Tony và anh thường xuyên đi làm xa. Chị cô, Jeanne, sống gần đó và hỗ trợ bất cứ khi nào cô cần. Khi Marie không khỏe thì thường là do tái diễn các triệu chứng tâm thần. Khi điều này xảy ra, cô trở nên mất khả năng tự chăm sóc bản thân và nhà cửa. Đánh giá, điều trị các triệu chứng cho cô có thể tiến hành ở nhà nhưng đôi khi cô được đưa đến bộ phận điều trị tâm thần nội trú tại bệnh viện địa phương. Chu kỳ này lặp lại một hoặc hai năm một lần. Khi triệu chứng của cô trở nặng, đôi khi cô không chịu điều trị để có thể giúp cô ổn định trở lại.

Sau lần nhập viện cuối cùng, Marie đã trao đổi với Tony, bác sĩ tâm thần của cô và chị gái về việc lập kế hoạch chăm sóc dài hạn hơn cho cô khi xảy ra sự việc như vậy. Trong buổi thăm khám cuối cùng, bác sĩ gia đình của Marie khuyên cô lập kế hoạch chăm sóc trước để quyết định việc điều trị chăm sóc sức khỏe và lập kế hoạch cá nhân. Marie được đề nghị nêu rõ một người đại diện để đảm bảo đáp ứng các nhu cầu chăm sóc và tài chính thông thường trong trường hợp cô cần nhập viện và chồng cô không có nhà. Cô cũng được tư vấn lập bản chỉ dẫn trước để đảm bảo cô được điều trị sớm nhất ngay khi các triệu chứng tâm thần tái diễn. Cô đã lựa chọn lập thỏa thuận đại diện mục 7 và bản chỉ dẫn trước.

Marie đã lựa chọn hoàn tất thỏa thuận đại diện mục 7 và bản chỉ dẫn trước do:

- Jeanne, người đại diện của Marie, có quyền quyết định các vấn đề tài chính thông thường của cô khi cô bị bệnh và Tony không có nhà. Marie có thể hạn chế quyền quyết định việc chăm sóc sức khỏe của Jeanne ở thời điểm triệu chứng tâm thần phát triển đến giai đoạn nhất định.
- Marie không muốn chị gái cô quyết định việc từ chối biện pháp duy trì sự sống.
- Bản chỉ dẫn trước của Marie cho phép cô trực tiếp hướng dẫn cụ thể cho chuyên viên chăm sóc sức khỏe về việc chăm sóc sức khỏe của mình.
- Bản chỉ dẫn trước sẽ đảm bảo Marie được tiếp nhận biện pháp chăm sóc phù hợp về mặt y tế ngay cả trong trường hợp cô từ chối điều trị khi cần được chăm sóc.

## Thỏa thuận đại diện Mục 9 và Bản chỉ dẫn trước

Lập bản chỉ dẫn trước cùng với thỏa thuận đại diện mục 9 sẽ trực tiếp đưa ra chỉ dẫn cụ thể cho chuyên viên chăm sóc sức khỏe với điều kiện quý vị nêu rõ trong thỏa thuận đại diện rằng có thể thực hiện theo bản chỉ dẫn trước của quý vị mà không cần yêu cầu người đại diện thay quý vị quyết định việc chăm sóc sức khỏe.



Ông Don, 68 tuổi, là một doanh nhân. Cách đây hai tháng, ông đã phát hiện mắc ung thư tuyến tiền liệt. Ông không có lo ngại sức khỏe nào khác - mặc dù ông đã hút thuốc hơn 50 năm, bị ho mãn tính và hơi nặng cân. Năm ngoái, bạn ông đã qua đời do ung thư đại trực tràng cách đây năm năm. Ông đã ly dị hai lần, có ba cô con gái đã trưởng thành sống ở cùng thành phố và vẫn giữ quan hệ bạn bè thân thiết với vợ cả. Cách đây hai tháng, ông đã chuyển đến sống cùng người bạn đời mới là Sheila mà các con ông không biết rõ. Ông rất hòa thuận với con

gái út Karen và cô hiểu nguyện vọng của ông. Don đã gặp bác sĩ trong buổi kiểm tra thông thường và trao đổi về lo lắng của ông. Bác sĩ đề nghị ông suy nghĩ về việc lập kế hoạch chăm sóc trước và cân nhắc người sẽ quyết định thay ông trong trường hợp ông mất khả năng tự quyết định về vấn đề sức khỏe của mình. Ông đã lựa chọn lập thỏa thuận đại diện mục 9 và bản chỉ dẫn trước.

Don lựa chọn hoàn tất thỏa thuận đại diện mục 9 và bản chỉ dẫn trước do:

- Don có nhiều hơn một mối quan hệ thân thiết với nhiều người rất quan tâm đến ông. Nếu Don bị bệnh và mất khả năng tự quyết thì có khả năng nhiều người tin rằng họ có thể thể hiện đúng nhất nguyện vọng của ông.
- Nếu không chỉ định người đại diện, chuyên viên chăm sóc sức khỏe của ông sẽ phải chọn bà Sheila là người quyết định thay thế tạm thời để quyết định. Điều này có thể khiến các con ông quan ngại.
- Bằng cách nêu rõ chỉ dẫn chăm sóc sức khỏe trong bản chỉ dẫn trước, chuyên viên chăm sóc sức khỏe của Don sẽ biết những nguyện vọng của ông.

Nếu ông muốn vợ cả và/hoặc cô con út Karen là (những) người đại diện cho mình, ông có thể ghi rõ một người trong số họ là người đại diện và người còn lại là người thay thế.

## Giấy ủy quyền lâu dài

Giấy ủy quyền lâu dài cho phép người trưởng thành chỉ định một người khác (gọi là người được ủy quyền) ra quyết định liên quan đến các vấn đề tài chính và pháp lý của người ủy quyền. Người (được ủy quyền) sẽ được thực hiện quyền khi người ủy quyền trưởng thành không đủ khả năng nhận thức.

Có thể điều chỉnh các quyền hạn của người được ủy quyền cho phù hợp với nhu cầu của quý vị. Chẳng hạn như phạm vi ủy quyền có thể là khả năng gửi séc vào tài khoản séc của quý vị cho tới toàn quyền sử dụng tất cả tài sản của quý vị.

Người được ủy quyền có thể không được phép đưa ra các quyết định về việc điều trị chăm sóc sức khỏe. Thỏa thuận đại diện là cách duy nhất để chỉ định một người đại diện cho quý vị để quyết định việc điều trị chăm sóc sức khỏe của quý vị.

### Tài nguyên

Biểu mẫu giấy ủy quyền lâu dài có tại [www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning](http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning)

Có thể tìm hiểu thêm thông tin trên trang web của cơ quan Người giám hộ và ủy quyền hợp pháp công của British Columbia (Public Guardian and Trustee of British Columbia) tại địa chỉ: [www.trustee.bc.ca](http://www.trustee.bc.ca)

Dịch vụ giới thiệu luật sư ([www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer\\_referral.aspx](http://www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx)) do chi nhánh British Columbia của Hiệp hội luật sư Canada (Canadian Bar Association) cung cấp. Chi nhánh B.C. cung cấp dịch vụ tư vấn ban đầu với luật sư lên tới 30 phút với chi phí thấp. Dịch vụ được cung cấp từ 8 giờ 30 sáng đến 4 giờ 30 chiều, Thứ 2 đến Thứ 6. Số điện thoại 604 687-3221 tại Lower Mainland hoặc số điện thoại miễn phí tại B.C. 1 800 663-1919.

# Thay đổi hoặc hủy bỏ kế hoạch chăm sóc trước của quý vị

---

Hoàn cảnh cá nhân của quý vị thay đổi theo thời gian. Chỉ cần đủ khả năng nhận thức, quý vị có thể thay đổi hoặc hủy bỏ (thu hồi) kế hoạch chăm sóc trước của mình bất kỳ khi nào. Điều này bao gồm thỏa thuận đại diện và bản chỉ dẫn trước.

Quý vị cần thường xuyên xem xét và điều chỉnh kế hoạch chăm sóc trước khi quý vị cho là cần thiết. Trong quá trình xem xét, hãy hỏi người đại diện hoặc người quyết định thay thế tạm thời tiềm năng xem họ vẫn sẵn lòng và có khả năng thay quý vị ra quyết định về việc điều trị chăm sóc sức khỏe hay không. Xem xét những nguyện vọng quý vị đã ghi trong kế hoạch chăm sóc trước, bao gồm mọi chỉ dẫn quý vị đã ghi trong thỏa thuận đại diện hay bản chỉ dẫn trước.

Trước khi thay đổi hay hủy bỏ kế hoạch chăm sóc trước, hãy đảm bảo quý vị đã cập nhật tình trạng sức khỏe hiện tại của mình và mọi biện pháp điều trị chăm sóc sức khỏe mới dành cho quý vị.

Những hướng dẫn sau cho quý vị biết quý vị cần làm gì nếu muốn thay đổi và cập nhật hay hủy bỏ kế hoạch chăm sóc trước của quý vị, bao gồm thỏa thuận đại diện và bản chỉ dẫn trước nếu quý vị đã lập các tài liệu này.

1. Những thay đổi tóm tắt kế hoạch chăm sóc trước của quý vị, danh sách liên lạc của người quyết định thay thế tạm thời và/hoặc niềm tin, giá trị và nguyện vọng liên quan đến chăm sóc sức khỏe, bao gồm các can thiệp y tế kéo dài sự sống:

Tiêu hủy các trang nội dung cũ và điền nội dung mới. Đảm bảo ký tên và ghi rõ ngày tháng ở các trang mới của quý vị tại vị trí yêu cầu. Nếu trước đó quý vị không nêu rõ người đại diện hoặc không lập bản chỉ dẫn trước và vẫn không muốn các nội dung này thì có thể chuyển sang mục 4.

Nếu quý vị muốn ghi rõ một người đại diện [theo loại thỏa thuận mục 7 (trang 34) hoặc mục 9 (trang 44)] hoặc lập bản chỉ dẫn trước (trang 50) thì hãy điền vào các biểu mẫu và thông tin cho gia đình, bạn bè và chuyên viên chăm sóc sức khỏe.

2. Thay đổi thỏa thuận đại diện (mục 7 hoặc mục 9) của và/hoặc bản chỉ dẫn trước của quý vị  
Quý vị có hai tùy chọn:

- Thay đổi ngay trong thỏa thuận đại diện hoặc bản chỉ dẫn trước hiện tại, sau đó ký và ghi rõ ngày tháng với sự chứng kiến tương tự như cách thức đã thực hiện đối với các tài liệu ban đầu, hoặc
- Lập thỏa thuận đại diện hoặc bản chỉ dẫn trước mới, thay cho các bản cũ và hủy bỏ thỏa thuận đại diện hoặc bản chỉ dẫn trước ban đầu của quý vị (xem mục 3).

### 3. Hủy bỏ thỏa thuận đại diện hiện tại hay bản chỉ dẫn trước

Để hủy bỏ (thu hồi) thỏa thuận đại diện hiện tại hay bản chỉ dẫn trước, quý vị phải:

- Tiêu hủy bản gốc hoặc lập tài liệu khác và thể hiện ý định hủy bản cũ; và
- Thông báo bằng văn bản về việc hủy bỏ (thu hồi) cho người được ghi là người đại diện của quý vị, bao gồm người đại diện thay thế hoặc người giám sát.

### 4. Thông báo các nội dung thay đổi

Sau khi thay đổi hoặc hủy bỏ kế hoạch chăm sóc trước, quý vị cần:

- Thông báo cho thành viên gia đình, bạn bè và chuyên viên chăm sóc sức khỏe bất kỳ rằng quý vị đã thay đổi hoặc hủy bỏ kế hoạch chăm sóc trước của quý vị, bao gồm những thay đổi trong thỏa thuận đại diện hoặc bản chỉ dẫn trước nếu quý vị đã hoàn thành các biểu mẫu.
- Yêu cầu gia đình, bạn bè, người đại diện (nếu có) và chuyên viên chăm sóc sức khỏe giao lại bản sao kế hoạch chăm sóc trước ban đầu của quý vị, bao gồm bản sao thỏa thuận đại diện và bản chỉ dẫn trước (nếu áp dụng) để quý vị có thể tiến hành tiêu hủy.
- Cung cấp cho gia đình, bạn bè thân thiết và chuyên viên chăm sóc sức khỏe bản sao kế hoạch chăm sóc trước mới điều chỉnh của quý vị, bao gồm thỏa thuận đại diện và bản chỉ dẫn trước.
- Cần đảm bảo bác sĩ và chuyên viên chăm sóc sức khỏe khác của quý vị nắm được những nguyện vọng và chỉ dẫn cập nhật nhất của quý vị liên quan đến việc chăm sóc cho quý vị. Hãy đảm bảo nếu quý vị cập nhật kế hoạch chăm sóc trước, bao gồm thỏa thuận đại diện hay bản chỉ dẫn trước thì quý vị đã tham vấn toàn bộ chuyên viên chăm sóc sức khỏe có liên quan. Hãy đảm bảo đề nghị các chuyên viên chăm sóc sức khỏe xem xét và cập nhật hoặc hủy bỏ mọi yêu cầu y khoa không còn áp dụng.



## Định nghĩa các thuật ngữ

---

**Kế hoạch chăm sóc trước** là tóm tắt bằng văn bản những nguyện vọng hoặc chỉ dẫn của người trưởng thành đủ khả năng nhận thức để hướng dẫn cho người quyết định thay thế trong trường hợp người đó được bác sĩ hoặc chuyên viên chăm sóc sức khỏe yêu cầu thay mặt cho người trưởng thành để đưa ra quyết định điều trị chăm sóc sức khỏe.

**Lập kế hoạch chăm sóc trước** là quá trình mà trong đó người trưởng thành đủ khả năng nhận thức chia sẻ với gia đình/bạn bè thân thiết và chuyên viên chăm sóc sức khỏe về niềm tin, giá trị và nguyện vọng của bản thân đối với việc chăm sóc sức khỏe trước thời điểm họ có thể mất khả năng tự quyết.

**Chỉ thị trước** là chỉ dẫn của một người trưởng thành đủ khả năng nhận thức, thông tin trực tiếp với chuyên viên chăm sóc sức khỏe về phương pháp điều trị chăm sóc sức khỏe được người trưởng thành đó chấp nhận hay từ chối. Chỉ thị trước sẽ có hiệu lực khi người trưởng thành đủ khả năng nhận thức trở nên mất khả năng nhận thức và chỉ áp dụng với các điều kiện và điều trị chăm sóc sức khỏe được nêu trong bản chỉ dẫn trước.

**Cho phép chết tự nhiên** là khi bệnh nhân tiếp nhận chăm sóc y tế phù hợp đối với các triệu chứng như đau đơn hay khó thở khi cận kề cái chết.

**Hồi sức tim phổi (CPR)** là một quy trình cấp cứu được sử dụng để hồi sinh cho một người khi tim và/hoặc phổi của họ bất ngờ ngừng hoạt động. CPR có thể bao gồm việc ấn liên tục vào ngực của người đó và thổi hơi để làm căng phổi của bệnh nhân và cung cấp oxy.

**Lọc máu** là một biện pháp can thiệp y tế giúp làm sạch máu của một người khi thận của họ không hoạt động được nữa.

**Chăm sóc cuối đời** được cung cấp ở giai đoạn cuối đời. Việc chăm sóc được cung cấp trong suốt giai đoạn này có thể gọi là chăm sóc hỗ trợ, chăm sóc giảm nhẹ hay kiểm soát triệu chứng. Dịch vụ chăm sóc cuối đời giải quyết những quan ngại về thể chất, tâm lý, tinh thần và tập trung vào sự thoải mái, tôn trọng quyết định và ủng hộ từ gia đình. Dịch vụ này được cung cấp bởi một nhóm liên ngành các chuyên viên chăm sóc sức khỏe.

**Giấy ủy quyền lâu dài** là một tài liệu, trong đó một người trưởng thành ủy quyền cho một người khác (gọi là người được ủy quyền) ra quyết định về các vấn đề tài chính, kinh doanh và tài sản của người trưởng thành đó. Người được ủy quyền sẽ được thực hiện quyền khi người ủy quyền không đủ khả năng nhận thức hoặc tiếp tục thực hiện quyền khi người ủy quyền vẫn không đủ khả năng nhận thức. Người được ủy quyền có thể không được phép đưa ra các quyết định về việc điều trị chăm sóc sức khỏe.

**Chuyên viên chăm sóc sức khỏe** là chuyên viên được cấp phép, chứng nhận hoặc đăng ký theo *Đạo luật Hành nghề Y (Health Professions Act)* (chẳng hạn như bác sĩ, y tá cao cấp, y tá chính quy) và *Đạo luật Nhân viên Công tác Xã hội (Social Workers Act)*.

**Điều trị chăm sóc sức khỏe** là dịch vụ bất kỳ được thực hiện nhằm mục đích điều trị, phòng ngừa, giảm nhẹ, chẩn đoán, thẩm mỹ hoặc chăm sóc sức khỏe khác và có thể là một loạt các phương pháp điều trị hoặc chăm sóc tương tự (chẳng hạn như dùng thuốc huyết áp, chăm sóc vết thương) được đưa ra theo thời gian hoặc theo kế hoạch cho nhiều mục đích chăm sóc khác nhau lên đến một năm.

**Không đủ khả năng nhận thức (Tình trạng không đủ khả năng nhận thức)** do chuyên viên chăm sóc sức khỏe xác định. Quyết định của họ phải dựa trên thực tế người trưởng thành có chứng minh được rằng họ hiểu:

1. Thông tin cung cấp về tình trạng sức khỏe của họ;
2. Bản chất của việc chăm sóc sức khỏe được đề xuất, bao gồm rủi ro, lợi ích và giải pháp thay thế; và
3. Các thông tin phù hợp với trường hợp của họ.

**Biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống** là các phương pháp điều trị chăm sóc sức khỏe như cho ăn qua ống thông, máy trợ thở (máy thở), lọc thận, dùng thuốc và hồi sức tim phổi. Các phương pháp này được coi là biện pháp chăm sóc y tế phù hợp khi việc chăm sóc nhằm duy trì hay kéo dài sự sống.

**Chăm sóc phù hợp về mặt y tế** là biện pháp điều trị chăm sóc sức khỏe do chuyên viên chăm sóc sức khỏe thực hiện, phù hợp với bệnh trạng của bệnh nhân và mục đích chăm sóc dựa trên đánh giá y tế của chuyên viên chăm sóc sức khỏe.

**Người giám sát** là người có thể được chỉ định trong thỏa thuận đại diện nhằm đảm bảo người đại diện thực hiện các nghĩa vụ của mình.

**Y tá cao cấp** là y tá chính quy đã đáp ứng các yêu cầu nghiệp vụ cần đăng ký và được phép sử dụng chức danh y tá cao cấp. Y tá cao cấp cung cấp các dịch vụ điều dưỡng nâng cao bao gồm chẩn đoán, kê đơn, yêu cầu xét nghiệm và điều trị các bệnh cấp tính thông thường và các bệnh mãn tính.

**Người giám hộ cá nhân (ủy thác của đương sự)** là người được tòa án chỉ định đưa ra các quyết định y tế và cá nhân vì lợi ích của người trưởng thành khi người này mất khả năng tự quyết định.

**Chăm sóc cá nhân** là các nhu cầu sống hàng ngày của cá nhân như sắp xếp sinh hoạt, ăn mặc, vệ sinh, tập luyện và đảm bảo an toàn.

**Giấy ủy quyền** là tài liệu chỉ định một người (gọi là luật sư) được người trưởng thành đủ khả năng nhận thức ủy quyền thay mặt họ đưa ra các quyết định về tài chính, kinh doanh và/hoặc tài sản. Người được ủy quyền có thể không được phép đưa ra các quyết định về việc điều trị chăm sóc sức khỏe.

**Người đại diện** là người từ 19 tuổi trở lên được người trưởng thành đủ khả năng nhận thức ghi tên trong thỏa thuận đại diện để thay mặt họ đưa ra quyết định điều trị chăm sóc sức khỏe khi họ mất khả năng quyết định.

**Thỏa thuận đại diện** là tài liệu mà trong đó người trưởng thành đủ khả năng nhận thức nêu rõ người đại diện thay mặt họ đưa ra các quyết định về chăm sóc sức khỏe và các quyết định khác trong trường hợp người trưởng thành không đủ khả năng nhận thức. Thỏa thuận đại diện có hai loại:

1. **Thỏa thuận đại diện mục 7:** Người trưởng thành có thể ủy quyền cho người đại diện thay mặt họ quyết định việc quản lý thông thường các vấn đề tài chính, chăm sóc cá nhân và một số quyết định chăm sóc sức khỏe, ngoại trừ quyết định từ chối biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống.
2. **Thỏa thuận đại diện Mục 9:** Người trưởng thành có thể ủy quyền cho người đại diện thay mặt họ quyết định việc chăm sóc cá nhân và chăm sóc sức khỏe, bao gồm việc chấp nhận hay từ chối biện pháp duy trì sự sống và can thiệp y tế kéo dài sự sống.

**Vợ/Chồng** là người:

- a. đã kết hôn với người kia và không sống ly thân và xa cách người đó theo quy định của *Đạo luật Ly hôn (Canada)*; hoặc
- b. đang sống và chung sống với người kia theo quan hệ hôn nhân, kể cả giữa những người cùng giới tính.

**Người quyết định thay thế tạm thời** là người đủ khả năng nhận thức có quyền thay mặt một người trưởng thành không đủ khả năng nhận thức đưa ra quyết định điều trị chăm sóc sức khỏe và bao gồm người giám hộ cá nhân (ủy thác của đương sự), người đại diện và/hoặc người quyết định thay thế tạm thời.

**Người quyết định thay thế tạm thời** là người trưởng thành đủ khả năng nhận thức được chuyên viên chăm sóc sức khỏe lựa chọn để thay mặt một người trưởng thành không đủ khả năng nhận thức đưa ra quyết định điều trị chăm sóc sức khỏe khi người đó cần được chăm sóc. Không được chọn người quyết định thay thế tạm thời trong trường hợp người trưởng thành lập bản chỉ dẫn trước để cập đến việc chăm sóc cần thiết tại một thời điểm hoặc người trưởng thành có người giám hộ cá nhân hoặc người đại diện.

**Cho ăn qua ống thông** là phương pháp cung cấp dưỡng chất cho bệnh nhân không thể ăn bằng miệng. Phương pháp cho ăn qua ống thông sẽ đặt tạm thời hoặc lâu dài một ống được sử dụng cho thức ăn lỏng, qua mũi hoặc vào dạ dày của bệnh nhân qua thành bụng.

**Máy trợ thở** là máy được sử dụng để cung cấp không khí vào và ra khỏi phổi khi một người không thể tự thở.

## Sắp xếp giấy tờ của quý vị

---

Lập kế hoạch chăm sóc trước là thời điểm phù hợp để sắp xếp toàn bộ giấy tờ lập kế hoạch cá nhân của quý vị để dễ dàng tìm thấy. Điều này sẽ giúp những người được quý vị giao phó các vấn đề của mình dễ dàng tìm giấy tờ khi cần thiết. Hãy đọc danh sách dưới đây và đánh dấu các ô, dòng phù hợp với quý vị.

Tôi muốn hiến tạng (đăng ký tại [www.transplant.bc.ca](http://www.transplant.bc.ca)):  Có  Không

Tôi đã chỉ định người được ủy quyền theo quyền ủy quyền:  Có  Không

Tên người được ủy quyền: \_\_\_\_\_

Tôi đã chỉ định người được ủy quyền theo giấy ủy quyền lâu dài:  Có  Không

Tên người được ủy quyền: \_\_\_\_\_

Nơi tìm kiếm giấy ủy quyền và/hoặc các tài liệu liên quan giấy ủy quyền lâu dài của tôi:

\_\_\_\_\_

Tôi có di chúc:  Có  Không

Nơi tìm kiếm di chúc của tôi: \_\_\_\_\_

Tôi có luật sư:  Có  Không

Tên luật sư: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Tôi có hợp đồng bảo hiểm nhân thọ:  Có  Không

Công ty: \_\_\_\_\_

Tôi đã sắp xếp đám tang và chôn cất/an táng:  Có  Không

Công ty: \_\_\_\_\_ Điện thoại: \_\_\_\_\_

Các giấy tờ khác:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Kế hoạch chăm sóc trước của tôi



Mục này cung cấp toàn bộ công cụ và biểu mẫu cần thiết để quý vị xây dựng kế hoạch chăm sóc trước. Hướng dẫn ở đầu mỗi trang sẽ giúp quý vị xác định các trang cần điền thông tin. Các trang được thiết kế để quý vị có thể xé rời khi cần thiết.

Chỉ cần điền vào các trang quý vị cần cho những tài liệu pháp lý quý vị lựa chọn. Nếu cần thiết, hãy xem lại phần mô tả các tùy chọn kế hoạch chăm sóc trước khác nhau trong phần đầu của tài liệu hướng dẫn này để giúp quý vị xác định các tài liệu cần điền để phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe trong tương lai.

# My Advance Care Plan - Summary

---

This summary is the cover of your advance care plan.

Full name (please print): \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Date this advance care plan was completed: \_\_\_\_\_  
dd/mm/yyyy

This is an update of my advance care plan:  Yes  No

My advance care plan includes (tick all that apply):

- My beliefs, values and wishes
- My TSDM list
- My standard representation agreement (section 7) - **optional**
  - Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative
  - Form 2 - Certificate of Monitor
  - Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult
  - Form 4 - Certificate of Witnesses
- My enhanced representation agreement (section 9) - **optional**
- My advance directive form - **optional**

I have given copies of this advance care plan to:

\_\_\_\_\_ Relationship to me: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relationship to me: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relationship to me: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relationship to me: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ is my health care provider. Phone: \_\_\_\_\_

# My Temporary Substitute Decision Maker (TSDM) List

---

If needed, this list will be used by your health care provider(s) to choose a TSDM for you. The order of the people on the list is set out in B.C. law and may not be changed.

To qualify as a TSDM, the person listed must be 19, capable, have no dispute with you, and have been in contact with you in the year before you need the health care. If a TSDM is needed to make a health care decision for you, your health care provider will choose the first person on the list who is qualified and available. If you want to specify one person to make health decisions for you, you must fully complete either a standard (p.34) or enhanced (p.44) representation agreement.

## Spouse (includes married, common-law, same-sex - length of time living together does not matter)

Name	Phone

## Children (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

## Parents (either - may include adoptive)

Name	Phone	Name	Phone

## Brothers or Sisters (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

## Grandparents (any)

Name	Phone	Name	Phone

**Grandchildren (any - birth order does not matter)**

Name	Phone

Name	Phone

**Anyone else related to me by birth or adoption**

Name	Phone

Name	Phone

**Close friend**

Name	Phone

Name	Phone

**A person immediately related to me by marriage (ranked equally)**

Name	Phone

Name	Phone

I know a TSDM will not be chosen to make health care decisions for me if I complete an optional representation agreement form and/or an advance directive form which addresses the health care condition I have when the care is needed. I also know a TSDM will be chosen to make health care decisions for me if I have no representative, if my representative is unavailable, or if my optional representation agreement and/or advance directive does not address the health care condition I have when the care is needed.

I agree.

Name (print)	Signature	Date signed



# My Beliefs, Values and Wishes

---

Complete this page for all advance care plans, regardless of whether you choose to complete a representation agreement form or advance directive form. If needed, this information will help your substitute decision maker (court appointed personal guardian, representative or TSDM) make future health care treatment decisions for you.

**Note:** If you want to make an advance directive or name a representative in a representation agreement with specific instructions about your health care treatment decisions, be sure to write your instructions directly on those forms. The information you write on these pages is not a representation agreement or an advance directive.

## My beliefs (what gives my life meaning)

**My values (what I care about in my life)**

**My wishes (for future health care treatment, life support and life-prolonging medical interventions)**

Name (print)	Signature	Date signed
--------------	-----------	-------------

## My Representative - Standard Agreement (section 7)

---

### Section 7 Representation Agreement Form (p.34-39)

Use a section 7 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about your routine financial affairs, your personal care and some health decisions.

A section 7 form does not provide a representative with the authority to refuse life support and life-prolonging medical interventions.

In addition to a Section 7 Representation Agreement form, the following certificates must be completed (if they apply) for the agreement to be effective:

Form 1: Certificate of Representative or Alternate Representative (p.40)

Form 2: Certificate of Monitor (p.41)

Form 3: Certificate of Person Signing for the Adult (p.42)

Form 4: Certificate of Witnesses (p.43)

## My Representative - Enhanced Agreement (section 9)

---

### Section 9 Representation Agreement Form (p.44-49)

Use a section 9 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about accepting or refusing life support and life-prolonging medical interventions on your behalf, in addition to other health and personal care decisions.



**REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 7)**

Made under Section 7 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

**1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:**

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

**2. REVOCATION OF PREVIOUS REPRESENTATION AGREEMENTS**

I revoke all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act* made by me.

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement)

**3. REPRESENTATIVE**

(See Note 3 – naming a Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

**4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)**

(See Note 3 – naming a Representative)

*(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)*

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

**5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)  
(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)

A statutory declaration made by my Representative, my Alternate Representative (if one is named), or the Monitor (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

**6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE**

(See Note 5 - what a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement)

Pursuant to section 7 of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to:  
(If you want your Representative to have both types of authority, do not strike out either of the following provisions. If you want your Representative to have authority over only one of the following matters, strike out the provision over which you do not want your Representative to have authority. You may not strike out both types of authority.)

- a. help me make decisions
- b. make decisions on my behalf

about the following:

(Strike out any of the following matters for which you do not want your Representative to have authority.)

- a. my personal care;
- b. the routine management of my financial affairs, as set out in the Representation Agreement Regulation;
- c. major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- d. obtaining legal services for me and instructing counsel to commence proceedings, except divorce proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on my behalf.

**7. MONITOR**

(See Note 6 - what a Monitor is and whether one is required)  
(Strike out this provision if a Monitor is not required and you do not want to name a Monitor.)

I name the following person as Monitor of this Representation Agreement:

Full Legal Name of Monitor
Full Address of Monitor

**8. EFFECTIVE DATE**

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

**9. SIGNATURES**

**ADULT AND WITNESS SIGNATURES**

**ADULT'S SIGNATURE**

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE**

(See Note 7 – information for witnesses)

**WITNESS NO. 1**

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

**WITNESS NO. 2**

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

**REPRESENTATIVES' SIGNATURES**

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

**REPRESENTATIVE**

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**ALTERNATE REPRESENTATIVE**

*(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)*

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

(See Note 9 - additional forms required for this Representation Agreement to be effective)

**STATUTORY DECLARATION FOR EVIDENCE OF  
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the representative, the alternate representative, or the monitor, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA  
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

\_\_\_\_\_ naming \_\_\_\_\_ as Representative  
name of Adult name of Representative

TO WIT:

I, \_\_\_\_\_  
Name

of \_\_\_\_\_  
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
  - representative named under the representation agreement
  - alternate representative named under the representation agreement
  - monitor named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

\_\_\_\_\_ location  
on \_\_\_\_\_ date

\_\_\_\_\_  
Declarant's Signature

\_\_\_\_\_  
Signature of Commissioner for taking Affidavits  
for British Columbia

\_\_\_\_\_  
Commissioner for taking Affidavits for British Columbia  
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)



## **NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 7 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT**

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative, alternate representative or monitor, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

### **NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement**

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

### **NOTE 2: Effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement**

If you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked by the revocation provision in this representation agreement.

### **NOTE 3: Naming a Representative**

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.
- (c) A representative must complete the Certificate of Representative or Alternate Representative in Form 1 under the Representation Agreement Regulation.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

### **NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative**

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

### **NOTE 5: What a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement**

Under a section 7 representation agreement, a representative may be authorized to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about all of the following things:

- the routine management of the adult's financial affairs, as described in the Representation Agreement Regulation;
- obtaining legal services for the adult and instructing counsel to commence proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on the adult's behalf;
- the adult's personal care, and major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

Under a section 7 representation agreement, a representative may not be authorized to do any of the following:

- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the adult's financial affairs, other than the routine management of the adult's financial affairs as described in the Representation Agreement Regulation;
- to commence divorce proceedings on the adult's behalf;
- to help make, or to make on the adult's behalf, a decision to refuse health care necessary to preserve life;
- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the kinds of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- despite the objection of the adult, to physically restrain, move or manage the adult, or authorize another person to do these things;

- to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*.

(Please note that this list may not be complete.)

In addition, a representative must not do either of the following:

- consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

**NOTE 6: What a Monitor is and whether one is required**

- (a) A monitor is a person responsible for making reasonable efforts to determine whether a representative is complying with the representative’s duties under the *Representation Agreement Act*.
- (b) A monitor is required for this representation agreement if the representation agreement authorizes a representative to make, or help make, decisions concerning routine management of the adult’s financial affairs, unless the representative is the adult’s spouse, the Public Guardian and Trustee, a trust company or a credit union.
- (c) A monitor must complete the Certificate of Monitor in Form 2 under the Representation Agreement Regulation.

**NOTE 7: Information for witnesses**

- (a) The following persons may not be a witness:
  - i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
  - ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
  - iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or an alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, the Public Guardian and Trustee of British Columbia, or a financial institution authorized to carry on trust business under the *Financial Institutions Act*;
  - iv. A person who is under 19 years of age;
  - v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- (c) A witness must complete the Certificate of Witnesses in Form 4 under the Representation Agreement Regulation.
- (d) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you must not witness the representation agreement or execute the Certificate of Witnesses, and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

**NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement**

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.

**NOTE 9: Additional forms required for this Representation Agreement to be effective**

The following certificates must be completed, if applicable:

- Form 1 (Certificate of Representative or Alternate Representative);
- Form 2 (Certificate of Monitor), if the Representation Agreement names a Monitor;
- Form 3 (Certificate of Person Signing for the Adult), if a person is signing the Representation Agreement on behalf of the Adult;
- Form 4 (Certificate of Witnesses).

These certificates can be found in the Representation Agreement Regulation.

# Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative

---

To be completed by each representative and alternate representative named in a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 5 (4) and 6 (2)].

## Part 1 - Identification of representative or alternate representative

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as representative or alternate representative.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code],

\_\_\_\_\_ [date of birth, if not a trust company or credit union].

## Part 2 - Certifications made by representative or alternate representative

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) I do not provide, for compensation, personal care or health care services to the adult who made the representation agreement, or I do provide the services described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (c) I am not an employee of a facility in which the adult who made the representation agreement resides and through which he or she receives personal care or health care services, or I am an employee described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (d) I am not a witness to the representation agreement,
- (e) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a representative as set out in section 16 of the *Representation Agreement Act*, and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

\_\_\_\_\_  
signature of representative, alternate representative or  
authorized signatory of a trust company or credit union

\_\_\_\_\_  
date

# Form 2 - Certificate of Monitor

---

To be completed by the person named as monitor as set out in section 12 (5) of the *Representation Agreement Act*.

## Part I - Identification of monitor

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as monitor.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code].

## Part 2 - Certifications made by monitor

I certify that

- (a) I am an adult,
- (b) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a monitor as set out in section 20 of the *Representation Agreement Act*, and
- (c) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

\_\_\_\_\_  
signature of monitor

\_\_\_\_\_  
date

# Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult

---

To be completed by the person who signs a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [section 13 (4) (d)] for the adult making the agreement, if the adult is physically incapable of signing.

## Part I - Identification of the person signing on behalf of the adult

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I signed the representation agreement on behalf of the adult.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code].

## Part 2 - Certifications made by the person signing on behalf of the adult

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I signed the representation agreement on his or her behalf, and directed me to sign because he or she was physically incapable of signing,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement when he or she directed me to sign the agreement,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative, and
- (e) I am not a witness to the representation agreement.

\_\_\_\_\_  
signature of person signing for the adult

\_\_\_\_\_  
date

# Form 4 - Certificate of Witnesses

---

To be completed by each person witnessing the signing of a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 13].

## Part I - Identification of, and certifications made by, first witness

1. This certificate applies to the representation agreement made \_\_\_\_\_ [date]

by \_\_\_\_\_ [name of adult].

2. I witnessed the signing of the representation agreement by, or on behalf of, the adult.

3. My contact information is as follows:

\_\_\_\_\_ [name]

\_\_\_\_\_ [telephone number], of

\_\_\_\_\_ [address],

\_\_\_\_\_ [city, province, postal code].

4. I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I witnessed the representation agreement,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement, or had interpretive assistance to understand that type of communication,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative,
- (e) I am not a spouse, child, parent, employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or an alternate representative [does not apply to an employee or agent of the Public Guardian and Trustee, or a trust company or credit union], and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

\_\_\_\_\_  
signature of witness

\_\_\_\_\_  
date

**REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 9)**

Made under Section 9 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

**1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:**

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

**2. REVOCATION OF PREVIOUS INSTRUMENTS**

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on previous Representation Agreements)

I revoke all of the following made by me.

- all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act*;
- all previous Representation Agreements granting authority under section 9 of the *Representation Agreement Act*.

**3. REPRESENTATIVE**

(See Note 3 – who may be named as Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

**4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)**

(See Note 3 – who may be named as Representative)

*(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)*

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative





**9. SIGNATURES**

**ADULT AND WITNESS SIGNATURES**

**ADULT'S SIGNATURE**

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE**

(See Note 7 – information for witnesses)

**WITNESS NO. 1**

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

**WITNESS NO. 2**

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

**REPRESENTATIVES' SIGNATURES**

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

**REPRESENTATIVE**

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**ALTERNATE REPRESENTATIVE**

*(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)*

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

**STATUTORY DECLARATON FOR EVIDENCE OF  
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the adult, the representative, or the alternate representative, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA  
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

\_\_\_\_\_ naming \_\_\_\_\_ as Representative  
name of Adult name of Representative

TO WIT:  
I, \_\_\_\_\_  
Name  
of \_\_\_\_\_  
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
  - adult who made the representation agreement
  - representative named under the representation agreement
  - alternate representative named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

\_\_\_\_\_ location \_\_\_\_\_ Declarant's Signature  
on \_\_\_\_\_ date

\_\_\_\_\_  
Signature of Commissioner for taking Affidavits  
for British Columbia

\_\_\_\_\_  
Commissioner for taking Affidavits for British Columbia  
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

## **NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 9 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT**

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative or alternate representative, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

### **NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement**

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

### **NOTE 2: Effect of revocation on previous Representation Agreements**

The revocation provision in this representation agreement will do all of the following:

- if you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked;
- if you have previously made a section 9 representation agreement that is still effective, it will be revoked.

### **NOTE 3: Who may be named as Representative**

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

### **NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative**

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

### **NOTE 5: What a Representative may and may not do**

The authority of a representative appointed under this representation agreement includes the power to give or refuse consent to health care necessary to preserve life.

A representative appointed under this representation agreement must not do any of the following:

- give or refuse consent on the adult's behalf to any type of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- make arrangements for the temporary care and education of the adult's minor children, or any other persons who are cared for or supported by the adult;
- interfere with the adult's religious practices.

(Please note this list may not be complete.)

If you want your representative to be authorized to do the things on the above list, you should obtain legal advice.

In addition, under the *Representation Agreement Act*, a representative:

- may not be authorized to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*;
- must not consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- must not make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

**NOTE 6: Consultation with a health care provider**

If you choose to include instructions or wishes in your representation agreement about your health care, you may wish to discuss with a health care provider the options and the possible implications of your choices.

**NOTE 7: Information for witnesses**

- (a) The following persons may not be a witness:
- i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
  - ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
  - iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, or the Public Guardian and Trustee of British Columbia;
  - iv. A person who is under 19 years of age;
  - v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- (c) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you should not witness the representation agreement and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

**NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement**

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.



# ADVANCE DIRECTIVE

Made under the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*

The use of this form is voluntary. Before completing this Advance Directive, it is advisable to obtain legal advice and the advice of a health care provider about the possible implications of this Advance Directive, and your choices about the types of health care for which you might give or refuse consent under this Advance Directive.

The notes referenced in this Advance Directive are found at the end of this Advance Directive and are provided for informational purposes only. (See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive.)

### 1. THIS IS THE ADVANCE DIRECTIVE OF THE "ADULT":

Full Legal Name of the Adult		Date (YYYY / MM / DD)	
Full Address of the Adult			
Date of Birth (YYYY / MM / DD)		(OPTIONAL) Personal Health (CareCard) Number	

### 2. REVOCATION OF PREVIOUS ADVANCE DIRECTIVES:

I revoke all previous Advance Directives made by me.

### 3. CONSENT TO HEALTH CARE AND REFUSAL OF CONSENT TO HEALTH CARE:

If I need health care and I am not capable of giving or refusing consent to the health care at the time the health care is required, **I give the following instructions:**

[Note: If a health care decision is required while you are incapable but the type of health care is not addressed in this Advance Directive, the decision will be made by a substitute decision maker.]

I consent to the following health care:

---

---

---

---

---

---

---

---

I refuse to consent to the following health care:

---

---

---

---

---

---

---

---

#### 4. ACKNOWLEDGMENTS

I know that as a result of making this Advance Directive

- a. I will not be provided with any health care for which I refuse consent in this Advance Directive, and
- b. No one will be chosen to make decisions on my behalf in respect of any health care matters for which I give or refuse consent in this Advance Directive.

(See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive)

#### 5. SIGNATURES

##### ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

	Date Signed (YYYY / MM / DD)
--	------------------------------

##### WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE - SEE NOTE 2, INFORMATION FOR WITNESSES

##### WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

##### WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or notary public.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

#### NOTES RESPECTING ADVANCE DIRECTIVES

The notes provided below are for the purposes of providing information only.

These notes should NOT be considered complete: a person making an Advance Directive should consult the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act* to ensure that they understand their rights and duties.

##### NOTE 1: LIMITATIONS ON THE EFFECT OF THIS ADVANCE DIRECTIVE

Note that the effect of this Advance Directive and the giving and refusing of consent under it is subject to the limitations set out in sections 19.2 (2), 19.3 (1) and 19.8 of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

##### NOTE 2: INFORMATION FOR WITNESSES

- (a) The following persons may not be a witness:
  - i. A person who provides personal care, health care or financial services to the adult for compensation, other than a lawyer or notary public;
  - ii. A spouse, child, parent, employee or agent of a person described in paragraph (a);
  - iii. A person who is under 19 years of age;
  - iv. A person who does not understand the type of communication used by the Adult, unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or notary public.
- (c) You should not witness the Advance Directive if you have reason to believe that
  - i. the Adult is incapable of making, changing or revoking an Advance Directive, or
  - ii. fraud, undue pressure or some other form of abuse or neglect was used to induce the Adult to make the Advance Directive, or to change or revoke a previous Advance Directive.

# Tài nguyên

## Lập kế hoạch chăm sóc trước

Để biết thêm thông tin về việc lập kế hoạch chăm sóc trước, hãy truy cập:

SeniorsBC - [www.gov.bc.ca/advancecare](http://www.gov.bc.ca/advancecare)

HealthLink BC ([www.healthlinkbc.ca](http://www.healthlinkbc.ca)) và tìm kiếm nội dung lập kế hoạch chăm sóc trước hoặc gọi số 8-1-1.

## Cơ quan y tế địa phương của quý vị:

Fraser Health - [https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/advance-care-planning#.Ylg\\_kihBxPZ](https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/advance-care-planning#.Ylg_kihBxPZ)

Interior Health - [www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/ToughDecisions/Pages/Advance-Care-Planning.aspx](http://www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/ToughDecisions/Pages/Advance-Care-Planning.aspx)

Island Health - <https://www.islandhealth.ca/our-services/advance-care-planning>

Northern Health - [www.northernhealth.ca/health-topics/advance-care-planning](http://www.northernhealth.ca/health-topics/advance-care-planning)

Vancouver Coastal Health - [www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/advance-care-planning](http://www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/advance-care-planning)

## Quy định pháp lý

Để biết thêm thông tin về quy định pháp lý của B.C. về việc lập kế hoạch chăm sóc cho người không đủ khả năng nhận thức, hãy truy cập: [www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning](http://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning)

## Lập kế hoạch cá nhân

Cơ quan Người giám hộ và Ủy quyền hợp pháp công (Public Guardian and Trustee) -

[www.trustee.bc.ca/services/services-to-adults/Pages/personal-planning.aspx](http://www.trustee.bc.ca/services/services-to-adults/Pages/personal-planning.aspx)

Trung tâm tài nguyên lập kế hoạch cá nhân Nidus (Nidus Personal Planning Resource Centre) - [www.nidus.ca](http://www.nidus.ca)

## Nhu cầu pháp lý

Nếu quý vị cần luật sư thì chi nhánh British Columbia của Hiệp hội luật sư Canada (Canadian Bar Association) cung cấp Dịch vụ giới thiệu luật sư.

Để biết chi tiết, hãy truy cập: [www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer\\_referral.aspx](http://www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx)

## Nhu cầu chăm sóc sức khỏe

The British Columbia College of Family Bác sĩ đưa ra

khuyến nghị về cách thức tìm bác sĩ gia đình tại:

[bccfp.bc.ca/for-the-public/find-a-family-doctor](http://bccfp.bc.ca/for-the-public/find-a-family-doctor)

Họ tên tôi là \_\_\_\_\_

Trong trường hợp khẩn cấp, hãy gọi cho:

\_\_\_\_\_ (Họ tên) \_\_\_\_\_ (Điện thoại)

Chuyên viên chăm sóc sức khỏe của tôi là \_\_\_\_\_

Tôi có kế hoạch chăm sóc trước

có thỏa thuận đại diện [ mục 7  mục 9]

có bản chỉ dẫn trước

Tôi muốn hiến tạng

Các giấy tờ quan trọng của tôi được lưu tại \_\_\_\_\_

