



사전 의료 지시서

사전 의료 지시서에 관한 안내

심각한 질병에 걸리셨거나 다치셨을 경우, 어떠한 건강-진료를 받기 원하시는지 생각해 보셨습니까? 그리고 더 이상 자신의 의사를 표현하실 수 없을 경우 귀하의 가족이나 의사가 귀하의 희망 사항을 알고 있습니까?

이 책자는 귀하가 이러한 질문들에 대하여 생각하는 것을 돕도록 계획된 책자입니다. 워싱턴 주 법률은 자신의 건강 진료에 관하여 결정을 내릴 수 있는 귀하의 권리를 지지합니다. 귀하는 자신이 원하는 진료에 대한 결정사항을 사전 의료 지시서를 통해 표명해 놓을 수 있습니다.

사전 의료 지시서(Advance Directives)란 무엇입니까?

공식적인 사전 의료행위 지침서는 스스로 결정을 하기가 불가능해 질 경우, 중한 질병을 앓기 전에 자신의 건강관리에 대한 귀하의 선택(생명 유지 치료를 위한 의사 지시서)을 명시하거나 그러한 결정을 내릴 수 있도록 다른 사람을 지명해 놓는 (건강관리 법적 위임장) 서면 양식입니다. 귀하는 사전 의료지시서를 통해 자신의 장래 진료에 관하여 법적으로 유효한 결정을 내릴 수 있습니다. 본 소책자는 생명 유지 치료를 위한 의사 지시서(Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST) 및 건강 관리 법적 위임장(Durable Power of Attorney for Health Care) 양식 작성에 관한 정보를 담고 있습니다.

사전 의료 지시서는 합법적인가요?

네. 사전 의료 지시서는 연방법과 주법에 명시되어 있습니다. 50개 모든 주와 콜롬비아 특별구에 사전 의료 지시서의 사용을 인정하는 법이 있습니다. 모든 주에서 인정을 하므로, 여행을 가실때, 이 서류의 복사본을 가지고 가시는게 좋습니다.

사전 의료 지시서는 응급 상황에서도 인정되나요?

아니요. 대부분의 응급상황에서는 응급처리 요원들이 사전 의료 지시서를 참조할 시간이 충분하지 않습니다. 환자가 의료진의 진료를 받게 될때, 사전 의료 지시서를 평가하고/하거나 의료 대리인과 상의할 시간이 있습니다.

생명 유지 치료를 위한 의사 지시서(Physician Orders for Life Sustaining, POLST)란 무엇입니까?

POLST란 생명 유지 치료에 대한 환자의 의향을 요약 정리한 의사의 지시 사항을 문서화한 양식입니다. 이 양식은 두 가지 주요 목적으로 사용됩니다:

- 진료 시설 간 전달이 가능합니다.
- 환자의 의향을 의사의 실제 지시 사항에 반영합니다.

POLST 양식은 임종과 관련하여 환자와 협의한 내용을 실제 치료 결정에 제대로 반영하고 환자와 의사가 명시한 의향을 존중 받기 위한 안전 장치입니다. 오로지 POLST 양식을 사용하여 이러한 절차를 합리적으로 진행할 수 있습니다. POLST 양식 사본 1부를 수록하였습니다.

생명 유지 치료를 위한 의사 지시서가 없으면 어떻게 합니까?

서면으로 지시하는 결정을 내리는 것은 매우 개인적인 결정입니다. 귀하의 희망 사항을 알리는 가장 최선의 방도는 서면으로 작성하시는 것입니다. 일부 개인들은 지시서를 작성하고 편안함을 느끼십니다. 가족이나 친구들이 결정해야만 하는 부담감을 덜어 주는 것을 느끼시게 됩니다.

본인의 생명 유지 치료를 위한 의사 지시서를 변경할 수 있습니까?

네, 언제든지 생명 유지 치료를 위한 의사 지시서를 변경하거나 취소할 수 있습니다. 이 경우, 지시서를 파기하거나, 변경 사항을 적거나, 귀하의 의사, 간호사 및 가족들에게 변경 사항을 알리면 됩니다. 지시서를 변경할 경우 귀하의 가족, 의사, 변호사 또는 관여된 다른 이들에게 새로운 지시서 사본을 전해 주어야 합니다. 귀하의 의사가 변경사항에 대하여 알아야 하며 그렇지 않으면 새 지시서는 효력이 없습니다.

생명-유지 치료는 무엇입니까?

한 개인의 사망 시각을 지연시키며 생명을 연장할 수 있는 여러 생명-유지 치료 및 의료 조치 기구들이 있습니다. 이러한 치료들을 고려하시고 귀하의 가족, 친지 그리고 의사와 상의하시기 바랍니다. 귀하 자신을 위하여 발언하실 수 없게 될 경우를 대비하여 희망 사항을 알려 두는 것이 중요합니다.

생명-유지 치료에 통증을 줄이는 약이나 시술은 포함되지 않습니다. 수술도 의료진과 상의해야만 하는 사전 의료 지시에 대해 예외를 적용합니다. 생명-유지 치료를 포기하는 것은 귀하의 통증을 줄이고 편안하게 해 주는 치료에는 전혀 영향을 끼치지 않습니다. 편안하게 해 드리며 통증을 줄이는 지원 치료는 항상 제공될 것입니다. 다음은 생명-유지의 일부 치료 방도입니다:

심폐소생술 (CPR)

CPR은 환자의 심장과 폐가 갑자기 멎었을 시 사용됩니다. 심폐소생술은 보통 가슴을 압축하거나 약을 사용하며 그리고/혹은 심장을 재생시키기 위하여 전기 쇼크를 사용하거나 호흡을 유지하기 위하여 기관지에 튜브를 삽입하게 됩니다. CPR을 사용하게 되면 사망 과정을 오직 연장만 시키는 이유 때문에 특정한 환자들 (질병 말기로 죽어가고 있는 환자, 계속 식물 상태로 연명하는 환자, 불치의 병을 앓고 있는 환자 등) 에게는 적절하지 않을 수도 있습니다.

인공호흡기/환기장치

인공호흡기/환기장치는 스스로 호흡을 할 수 없는 환자를 위하여 폐에 공기를 불어 넣어 호흡을 시켜주는 기계입니다. 인공호흡기는 수술을 받았거나 질병을 앓고 있는 환자들을 위해 가끔 사용됩니다. 인공호흡기는 환자 스스로 호흡이 가능할 때까지 환자의 호흡을 도와 주게 됩니다. 인공호흡기는 사망 과정을 오직 연장만 시키는 이유 때문에 질병 말기로 죽어가고 있는 환자들에게는 적절하지 않을 수도 있습니다.

인공 영양 및 수화

인공 영양 및 수화는 식사나 음료수를 마시지 못하는 환자들에게 음식이나 수분을 공급하는 방도입니다. 음식 및/혹은 수분은 직접 또는 간접적으로 위에 공급되거나 (“영양 보급관” 이라고도 불림) 또는 정맥 주사를 통하여 공급될 수도 있습니다. 식사 또는 소화 기능이 임시 마비되었을 시 이러한 방법을 보통 사용합니다. 사망이 확실하거나 회복할 가망이 없을 때에는 인공 영양과 수분은 사망 과정을 오직 지연시킬 뿐입니다.

장기 및 조직 기증

만일 장기 및/혹은 조직 기증자가 되기 원할 경우, 이러한 소망을 귀하의 건강관리 지시서에 명시할 수 있습니다. 연방 정부가 지정한 이 지역의 장기 기증 단체인 생명 센터 서북미 장기 기증 연락 네트워크(LifeCenter Northwest Organ Donation Network)의 웹사이트, www.lcnw.org 혹은 1-877-275-5269 번으로 등록할 수 있습니다. 운전 면허증을 신청 또는 갱신할 때, 자동차 면허국에서 장기 기증자로 등록할 수도 있습니다. 귀하의 면허증에 기증자 부호가 기재됩니다. 기증자 등록은 사망 시, 타인을 돕기 위하여 귀하가 지정한 장기 및 조직을 이식, 연구에 사용하도록 선택하였음을 의미합니다. 기증자로 등록을 할 경우 기증 사항에 따른 더 이상의 동의서가 필요하지 않습니다.

기증자이던 아니던 귀하의 결정에 관하여 가족과 상의하는 것이 중요합니다. 지시서나 등록 기록이 없으면 귀하를 대신하여 가족들에게 결정사항을 요청하게 됩니다. 사망 시, 본인의 희망사항이 반드시 받아들여지고 가족들이 귀하의 결정을 지지할 수 있도록 가족들과 결정사항을 명확하게 상의하시는 것이 중요합니다.

본인이 스스로 할 수 없을 경우, 누가 본인을 위한 진료 결정을 합니까?

자신을 위하여 스스로 결정하실 수 없을 경우, 워싱턴 주법은 귀하를 대신하여 결정할 수 있는 개인들의 순위를 다음과 같이 선정합니다:

1. 보호자가 지정되어 있을 경우, 귀하의 보호자
2. 귀하의 건강관리 법적 위임장에 지명된 개인
3. 귀하의 배우자/등록 동거인
4. 귀하의 성인 자녀
5. 귀하의 부모
6. 귀하의 성인 형제 및/혹은 자매

귀하를 대신하여 결정을 내리도록 선택된 개인은 지침서에 명시된 대로 귀하의 희망사항을 따르도록 주 법률에 준하여 책임을 지게 됩니다.

건강관리 법적 위임장은 무엇입니까?

건강관리 법적 위임장은 언제든 귀하가 자신에 대한 결정을 하실 수 없을 경우, 다른 이가 귀하를 위한 의료 결정을 할 수 있도록 지명하는 서류입니다. 귀하는 위임장에 수술, 인공 영양 및 인공 수화 (유동체 및 약품) 등과 같이 귀하가 원하시거나 혹은 원하지 않는 모든 치료에 관한 지시 사항을 기술하실 수 있습니다. 귀하는 변호사의 조언을 받고 혹은 조언 없이도 건강관리 법적 위임장을 작성하실 수 있습니다. 귀하의 대리인은 건강관리에 관한 귀하의 희망사항을 이해하고 존중해야 합니다.

건강관리 법적 위임장은 어떻게 준비합니까?

1. 이 책자 뒷면에 있는 건강-진료 영속 위임장 양식을 검토하십시오. 양식 내용을 변경하기를 원하는지, 제한이나 포함하기 원하는 특별한 지시사항 또는 귀하의 대리인에게 할 지시 사항 등을 생각해 보십시오. 이러한 지시사항을 서면으로 쓰시거나 타이프하여 양식에 첨부하십시오.
2. 귀하의 대리인으로 행동하기 원하는 개인을 선택하십시오. 귀하의 건강관리 법적 위임권자가 될 수 있도록 그 분의 동의를 받으십시오. 위임받은 이에게 귀하 자신을 위하여 원하는 결정에 관하여 가능한 한 직선적으로 말씀하십시오.
3. 자격이 되는 두명의 증인이나 공증인과 함께 서류에 서명하시고 날짜를 기입하세요.

4. 귀하 자신의 건강관리 법적 위임장의 사본을 귀하 대리인, 가까운 가족 그리고 변호사가 있을 경우 변호사에게도 전달하십시오. 건강관리 법적 위임장 원본은 귀하 의사에게 전해 주십시오. 이 건강관리 법적 위임장은 귀하의 희망사항이 반드시 이루어 질 수 있도록 의사가 귀하의 의료 기록부에 보관하게 됩니다.

본인의 건강관리 법적 위임장을 변경할 수 있습니까?

네, 언제든지 건강관리 법적 위임장을 변경하시거나 취소할 수 있습니다. 이 경우 위임장을 파기하거나, 변경 사항을 적거나, 귀하의 의사,

간호사 및 가족들에게 변경 사항을 알리면 됩니다. 위임장을 변경할 경우 귀하의 가족, 의사, 변호사 또는 관여된 다른 이들에게 새로운 위임장 사본을 전해 주어야 합니다. 귀하의 의사가 변경사항에 대하여 알아야 하며 그렇지 않으면 새 위임장은 효력이 없습니다.

추가 정보

이러한 양식들은 워싱턴 주 의료 협회에서 공공 서비스로 제공되고 있습니다. 이 사전 의료 지시서에 대해 여러분의 의료진과 상의해 보시기 바랍니다. 이 사전 의료 지시서의 사용과 효력에 대한 법적인 질문들은 변호사가 답변할 수 있습니다.



International District Medical & Dental Clinic

720 8th Ave S
Seattle, WA 98104
206.788.3700

Holly Park Medical & Dental Clinic

3815 S Othello St
Seattle, WA 98118
206.788.3500

Shoreline Medical & Dental Clinic

16549 Aurora Ave N
Shoreline, WA 98133
206.533.2600

Bellevue Medical & Dental Clinic

1050 140th Ave NE
Bellevue, WA 98005
425.373.3000

ICHS Primary Care Clinic at ACRS

3639 Martin Luther King Jr Way S
Seattle, WA 98144
206.788.3700


ICHS Legacy House

803 S Lane St
Seattle, WA 98104
206.292.5184

ICHS는 연방, 주 그리고 지역 법과 규정에 따라 다음과 같은 이유로 여러분을 차별하지 않습니다: 인종, 피부색, 성별, 혼인여부, 성적취향, 정치 이데올로기, 나이, 신조, 종교, 혈통, 성적체성, 유전정보, 보조동물이용, 출신국가, 재향군인여부, 시민권여부, 또한 감각적, 정신적, 신체적 장애여부, 장애를

가진 재향군인 여부, 베트남 참전용사 여부 여러분의 권리에 대해 궁금한 점이나 우려되는 부분이 있으면 저희 ICHS 신고접수 라인(1-855-515-0143)으로 연락하여 주십시오. 알림: 무료로 이용할 수 있는 언어지원 서비스 전화번호: 1-206-788-3700 (TTY 711).

HIPAA는 필요 시 다른 의료서비스 제공자에게 POLST를 공개하는 것을 허용합니다

 Washington POLST Portable Orders for Life-Sustaining Treatment A Participating Program of National POLST	성 / 이름 / 중간 이름 / 이니셜		
	생년월일 / /	성별(선택 사항)	대명사(선택 사항)

본 문서는 의료지시서입니다. 의료전문가가 작성해야 합니다. Physician's Orders for Life-Sustaining Treatment(POLST, 연명의료계획서) 작성은 항상 자발적입니다.
중요: 전체 지침은 2페이지를 참조하십시오.

의학적 상태/ 개인적 목표:	대리인 정보 / 전화(해당되는 경우)
-----------------	----------------------

A 심폐소생술(CPR) 사용: 해당 개인이 맥박이 없고 숨을 쉬지 않는 경우.

택1 예 - 심폐소생술 / CPR 처치 (섹션 B에서 전체 치료를 선택하십시오) 심폐 정지에 해당되지 않는 경우 섹션 B로 가십시오

아니요 - 심폐소생술 처치 거부(DNAR) / 자연사 허용

B 의료 개입 수준: 해당 개인이 맥박이 있고/있거나 숨을 쉬는 경우.
 이 치료는 상기 DNAR / 자연사 허용과 함께 사용될 수 있습니다.

택1 전체 치료 - 주요 목표는 의학적으로 효과가 있는 모든 수단을 동원하여 생명을 연장하는 것입니다. 지시에 따라 삼관, 전문 기도 유지술, 인공 호흡기 및 심장율동전환을 사용합니다. 아래에 설명된 치료가 포함됩니다.
여기에 표시되어 있는 경우, 병원으로 이송해야 합니다. 집중 치료가 포함됩니다.

선택적 치료 - 주요 목표는 가능한 침습적 조치를 피해서 의학적 상태를 치료하는 것입니다. 지시에 따라 의료 치료, IV 수액 및 약물, 심장 모니터를 사용합니다. **삼관은 하지 않습니다.** 침습적 기도 지원을 일부 사용할 수도 있습니다(예: CPAP, BiPAP, 고유량 산소요법). 아래에 설명된 치료가 포함됩니다.
여기에 표시되어 있는 경우, 병원으로 이송해야 합니다. 가능하다면 집중 치료는 피하십시오.

편안함 기반 치료 - 주요 목표는 편안함을 극대화하는 것입니다. 필요 시 어떤 경로로든 약물로 통증과 고통을 줄입니다. 편안함을 위해 필요 시 산소, 구강 흡인 및 기도 폐색에 대한 수동 치료를 합니다.
해당 개인은 병원으로 이송을 선호하지 않습니다. 응급 의료 서비스(EMS): 적절한 수준의 편안함 제공을 위한 병원 이송이 필요하지 확인하기 위해 의료통제센터 연락을 고려하십시오.

추가 지시(예: 혈액 제제, 투석): _____

C 서명: 법적 대리 의료 의사결정자(2페이지 참조)는 직접 선택을 할 수 없는 성인을 대신하여 서명할 수 있습니다. 직접 선택을 할 수 있는 개인은 신뢰할 수 있는 성인에게 본인을 대신하여 서명하도록 요청할 수 있으며, 또는 임상의 서명은 구두 동의 증언으로 충분할 수 있습니다. 18세 미만 개인의 경우 보호자 또는 부모가 서명해야 합니다. 여러 명의 부모/의사결정자가 서명해도 되지만 필수는 아닙니다. 가상, 원격 및 구두 동의 및 지시는 2페이지에 나와 있습니다.

논의 상대: <input type="checkbox"/> 개인 <input type="checkbox"/> 미성년자의 부모 <input type="checkbox"/> 치료 서비스에 대한 권한이 있는 보호자 <input type="checkbox"/> DPOA-HC에 의한 법적 의료 결정 대리인 <input type="checkbox"/> 7.70.065 RCW에 의한 기타 의료 의사결정자	<input checked="" type="checkbox"/> 서명 - MD/DO/ARNP/PA-C(필수)	날짜(필수)
	정자체 - MD/DO/ARNP/PA-C 이름(필수)	전화번호
<input checked="" type="checkbox"/> 서명 - 개인 또는 법적 대리 의료 의사결정자(필수)	관계	날짜(필수)
정자체 - 개인 또는 법적 대리 의료 의사결정자(필수)		전화번호

소지 문서: 치료 영구위임장 의료의향서(생전유언장)
 POLST와 함께 모든 사전 치료계획서를 구비할 것을 권장합니다.

병원 이전 또는 퇴원 시 해당 개인과 함께 원본 양식을 보내 주십시오

HIPAA는 필요 시 다른 의료서비스 제공자에게 POLST를 공개하는 것을 허용합니다

성 / 이름 / 중간 이름 / 이니셜	생년월일 / /
----------------------	-------------

추가 연락처(있을 경우)

법적 대리 의료 의사결정자(DPOA-HC 또는 7.70.065 RCW에 따름)	환자와의 관계	전화번호
기타 연락처	환자와의 관계	전화번호
양식 작성 의료 전문가	직책 / 자격	전화번호

선호도: 의료 보조 영양(예: 인공 영양)

논의하지 않은 경우 여기에 표시하십시오

본 섹션은 필수는 아닙니다. 본 섹션은 작성 여부와 상관없이 양식 1페이지의 지시에 영향을 미치지 않습니다.

의료 보조 영양에 대한 선호도 및 기타 의료 서비스 결정은 모든 성인에게 권장되는 사전의료의향서에 기재할 수도 있습니다. POLST는 사전의료의향서를 대체하지는 않습니다. 개인이 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우, 의료 보조 영양을 포함한 치료 계획에 대해 법적 대리 의료 의사결정자와 상의하십시오. 사전에 알려진 희망 사항, 해당 개인의 최선의 이익, 본 문서나 기타 문서에서 언급된 선호도 및 현재 의학적 상태를 토대로 결정을 내립니다. 구체적인 결정 및/또는 지시를 의료 기록으로 문서화하십시오.

실현 가능하고 알려진 해당 개인의 선호도와 일치하는 경우 입으로 제공되는 식음료

의학 보조 영양을 피하는 것을 선호함

지시에 따라 의학 보조 영양 옵션에 대해 논의하기를 선호함

단기 및 장기 의학 보조 영양에 대해 논의합니다(장기 의학 보조 영양의 경우 외과적인 튜브 배치가 필요).

* 의학 보조 영양은 중지에서 말기 단계의 치매에서, 수명에 영향을 미치지 않는 것으로 입증되었으며 합병증과 관련이 있습니다. 사람들은 구강 식사를 지속하지 않겠다는 문서나 알려진 희망 사항이 있을 수 있습니다. 구강 식사 지침은 이러한 알려진 희망 사항에 따라 달라질 수 있습니다.

논의 상태: _____ 개인 _____ 의료 전문가 _____ 법적 대리 의료 의사결정자

의료 전문가 지침

참고: 스스로 결정할 수 있는 능력이 있는 개인은 본 문서를 포함하여 모든 문서에 기재된 정보에 관계없이 항상 의료 서비스 또는 개입에 동의하거나 거부할 수 있습니다.

POLST에서 작성되지 않은 부분은 해당 섹션에 대해 전체 치료를 희망한다는 의미입니다.

본 POLST는 모든 진료 환경에서 유효합니다. 주로 병원 치료를 위한 것이지만, 구체적인 정책에 따라 의료서비스 시설에서도 유효합니다.

POLST는 의료지시서입니다. 가장 최근의 POLST는 모든 사전 지시를 대체합니다.

POLST 작성

- POLST 작성은 개인의 자발적인 의사에 달려 있습니다. 적절히 제공해야 하지만 필수는 아닙니다.
- 본 양식에 기록된 치료의 선택은 개인의 선호도와 의학적 상태에 따라 개인 또는 의료 결정 대리인 및 의료 전문가의 공동 의사 결정에 따른 것이어야 합니다.
- POLST는 후견, Durable Power of Attorney for Health Care(DPOA-HC, 치료 영구위임장), 또는 7.70.065 Revised Code of Washington(RCW, 워싱턴주 개정 법규)에 따른 기타 관계에 의해 결정된 바와 같이, MD/DO/ARNP/PA-C 및 개인 또는 그들의 법적 대리 의료 의사결정자가 서명해야만 유효합니다. 여러 명의 의사결정자가 서명해도 되지만 필수는 아닙니다.
- 가상, 원격 및 구두 지시와 동의는 의료서비스 시설의 정책에 따라 허용됩니다. 사례들은 www.wsma.org/POLST의 FAQ(자주 묻는 질문)에서 확인할 수 있습니다.
- POLST는 중증 질환을 앓고 있는 18세 미만 아동의 치료를 위한 지시를 내리는 데 사용될 수 있습니다. 의료 전문가와 함께 보호자/부모도 본 양식에 서명합니다. www.wsma.org/POLST의 FAQ(자주 묻는 질문)를 참조하십시오.

참고: 본 양식은 의료 결정 대리인을 지정하는 데에는 적합하지 않습니다. 의료 결정 대리인을 지정하려면 별도의 DPOA-HC를 작성해야 합니다.

POLST 존중

모든 사람은 존엄과 존중으로 대우 받아야 합니다.

섹션 A 및 B:

- "심폐소생술 거부"를 선택한 개인에게 제세동기를 사용해서는 안 됩니다.
- 현재 환경에서 편안함을 보장할 수 없는 경우, 편안함을 보장 받을 수 있는 환경으로 해당 개인을 이송해야 합니다(예: 고관절 골절 치료). 여기에는 편안함을 제공하기 위한 IV 약물 치료가 포함됩니다.
- 탈수 치료는 생명을 연장할 수 있는 방법입니다. IV 수액 처치를 원하는 개인은 "선택적" 또는 "전체 치료"에 표시해야 합니다.

POLST 검토

다음의 경우, 본 POLST를 검토해야 합니다.

- 해당 개인이 현재의 치료 환경 또는 돌봄 단계에서 이동하는 경우
- 해당 개인의 건강 상태에 중요한 변화가 생기는 경우
- 해당 개인의 치료 선호도가 변경되는 경우

본 양식을 무효 처리하려면 본 페이지를 가로질러 선을 긋고 대문자로 "VOID(무효)"라고 적으십시오. 모든 치료 시설, 임상 환경 및 현행 POLST를 소지한 개인 모두에게 알려십시오. 변경 시에는 새로운 POLST를 작성해야 합니다.

본 POLST 양식 검토: 본 섹션을 사용하여 지시와 선호도를 업데이트 및 확인하십시오.

이는 간병 시설 및 기타 시설에 입원하기 위한 규정 상태 및 기본 의료 지침 확립 요건에 부합합니다.

검토일	검토자	검토 위치	검토 결과 <input type="checkbox"/> 변경 사항 없음 <input type="checkbox"/> 양식 무효 <input type="checkbox"/> 처리 신규 양식 작성
-----	-----	-------	---

병원 이전 또는 퇴원 시 해당 개인과 함께 원본 양식을 보내 주십시오

POLST 서명본의 사본, 디지털 이미지 및 팩스는 합법적이며 유효합니다. 기록을 위해 복사할 수 있습니다. POLST에 대한 자세한 내용은 www.wsma.org/POLST를 참조하십시오.

사전 의료 지시서: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

ADVANCE DIRECTIVE: DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTH CARE

귀하는 본 사전 의료 지시서, 즉, Durable Power of Attorney for Health Care(DPOA-HC, 의료 대리인 지정 위임장)를 통해 의료 대리인을 지정하고 준비시킬 수 있습니다.

본 양식은 워싱턴주 법률의 요건을 준수합니다.

This advance directive, a durable power of attorney for health care, allows you to name and prepare your health care agent. This form meets the requirements of Washington state law.

본인 정보:

My Information:

성명: FULL NAME:	대명사(선택 사항): PRONOUNS (OPTIONAL):
생년월일: DATE OF BIRTH:	(예: 그/그녀/그들) (i.e., he/she/they)
(월/일/연도) (mm/dd/yyyy)	

의료 대리인 지정 NAMING A HEALTH CARE AGENT

본인은 다음 사람을 의료 대리인으로 지정합니다.

The person I designate as my health care agent is:

성명: FULL NAME:	대명사(선택 사항): PRONOUNS (optional):
본인과의 관계: RELATIONSHIP:	우선 연락 번호: () BEST PHONE:
주소, 시, 주, 우편번호: ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:	대안 연락 번호: () ALTERNATE PHONE:

본인은 다음 사람을 대체 대리인으로 지정합니다.

The people I designate as my alternate agents are:

위에 명시된 사람이 본인의 건강 관리와 관련된 결정을 내릴 수 없거나 그러한 결정을 할 의사가 없는 경우, 본인은 아래에 명시된 사람들을 본인의 첫 번째 및 두 번째 대체 의료 대리인으로 지정합니다.
If the person listed above is unable or unwilling to make my health care decisions, then I designate the people listed below as my first and second alternate health care agents.

첫 번째 대체 대리인

First Alternate

성명: FULL NAME:	대명사(선택 사항): PRONOUNS (optional):
본인과의 관계: RELATIONSHIP:	우선 연락 번호: () BEST PHONE:
주소, 시, 주, 우편번호: ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:	대안 연락 번호: () ALTERNATE PHONE:

두 번째 대체 대리인

Second Alternate

성명: FULL NAME:	대명사(선택 사항): PRONOUNS (OPTIONAL):
본인과의 관계: RELATIONSHIP:	우선 연락 번호: () BEST PHONE:
주소, 시, 주, 우편번호: ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:	대안 연락 번호: () ALTERNATE PHONE:



의료 대리인 지정

NAMING A HEALTH CARE AGENT

적용될 수 있는 상황:

Situations that may apply:

아래 진술 중에서 귀하의 경우에 해당되는 진술 옆에 이니셜을 기입하십시오. 귀하에게 해당되지 않는 진술의 경우에는 선을 그어 지울 수 있습니다. 자세한 내용은 Advance Care Planning(ACP, 사전돌봄계획) 개요 또는 www.HonoringChoicesPNW.org를 참조하거나 의료서비스 제공자에게 문의하십시오.

Initial next to the statements below that apply to you. You may draw a line through statements that do not apply to you. For more information: see the ACP Overview, visit www.HonoringChoicesPNW.org, or talk with your health care provider.

- _____ 본인은 본인의 배우자 또는 등록된 동거 파트너를 의료 대리인으로 지정하고 추후 이혼, 혼인 무효화 또는 법적 별거를 신청하는 경우, 그/그녀가 계속해서 본인의 의료 대리인 역할을 했으면 합니다.
If I name my spouse or registered domestic partner as my health care agent and we later file for a dissolution, annulment, or legal separation; I want them to continue as my health care agent.
- _____ 본인은 의료 대리인을 지명하지 않겠습니다. 본 양식을 통해 본인의 목표와 가치를 공유함으로써, 이는 사전 의료 지시서가 아니라 개인적인 가치 진술로 간주됩니다.
I am not naming a health care agent. By sharing my goals and values in this form, it will be considered a personal values statement and not an advance directive.

의료 대리인 준비

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

본인에게 가장 중요한 것은 무엇인가?

What matters most to me?

본 섹션은 귀하가 자신에게 가장 중요한 것이 무엇인지 생각하는 데 도움이 됩니다. 해당 정보는 귀하가 스스로 의료 관련 결정을 내릴 수 없는 경우 귀하에게 중요한 사람들(예: 귀하의 의료 대리인 및 사랑하는 사람)이 귀하를 대신해서 해당 결정을 내리는 지침이 될 수 있습니다.

공개를 고려해야 할 사항:

This section helps you think about what matters most to you. This information can guide the people who matter to you — like your health care agent and loved ones — to make health care decisions for you if you cannot make them yourself.

Consider sharing:

- 귀하가 정신적 및 육체적으로 좋아하는 활동
What do you love to do, mentally and physically?
- 귀하에게 있어, 귀하가 누구이며 누구와 함께 있는지 아는 것의 중요성
How important is it for you to know who you are and who you are with?
- 귀하에게 있어, 가족 및 친구와 의사소통의 중요성
How important is communicating with family and friends to you?
- 귀하에게 '잘 산다는 것'과 '좋은 하루'의 의미
What does "living well" or "a good day" look like to you?
- 귀하가 살면서 가장 가치를 두는 점
What do you value most in your life?

본인은 다음 요소들을 가장 중요하게 생각합니다. (구체적으로 명시하십시오. 필요 시 페이지를 추가하십시오.)

The following is what matters most to me: (Be specific. Add pages if needed.)



이름: _____
 NAME: _____
 생년월일: _____ / _____ / _____
 DATE OF BIRTH: (월/일/연도)
 (mm/dd/yyyy)

의료 대리인 준비 PREPARING A HEALTH CARE AGENT

본인의 신념, 선호도 및 관행은 무엇인가?

What are my beliefs, preferences, and practices?

해당 정보는 귀하에게 중요한 사람들(예: 귀하의 의료 대리인 및 사랑하는 사람)과 귀하의 의료 팀이 귀하의 신념, 선호도 및 관행을 파악하는 데 있어서 매우 중요합니다. 공개를 고려해야 할 사항:

It is important for the people who matter to you—like your health care agent and loved ones—and your health care team to know about your beliefs, preferences, and practices.

Consider sharing:

- 어려운 시기에 귀하에게 지원, 위안, 힘을 주는 요소
What provides you support, comfort, and strength during difficult times?
- 귀하가 원하거나 원치 않는 의학적 치료(예: 수혈, 통증 관리, 인공 영양 공급)
What medical treatments would you want or not want (e.g., blood transfusion, pain management, artificial feeding)?
- 귀하의 지역사회, 문화권 또는 가족의 의료 관련 의사 결정 방법
How are health care decisions made in your community, culture, or family?

본인에게 중요한 신념, 선호도 및 관행은 다음과 같습니다. (구체적으로 명시하십시오. 필요 시 페이지를 추가하십시오.)

The following beliefs, preferences, and practices are important to me: (Be specific. Add pages if needed.)

본인은 본인의 신념, 선호도 및 관행을 지원하기 위해 다음 사람에게 연락하기를 원합니다. (이 사람들은 의료 관련 결정을 내릴 권한은 없습니다.)

I would want the following person(s) contacted to support my beliefs, preferences, and practices: (They will not have power to make health care decisions.)

이름: _____
 NAME: _____
 전화번호: () _____
 PHONE: _____

신분: _____
 ROLE: _____
 조직: _____
 ORGANIZATION: _____



이름: _____
 NAME: _____
 생년월일: / /
 DATE OF BIRTH: (월/일/연도)
 (mm/dd/yyyy)

의료 대리인 준비

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

본인은 다음 질문에 답하면서 본인의 건강 관리와 관련된 선호 사항을 공유할 것입니다. 본인은 스스로 의료 결정을 내릴 수 없는 경우, 본인의 의료 대리인이 본 정보를 토대로 결정을 내렸으면 합니다. 본인은 해당 정보가 본인을 치료하는 지침이 될 수는 있지만, 모든 상황에서 본인의 의향을 정확히 반영하지는 못할 수도 있음을 이해합니다.

In answering the following questions, I am sharing my health care preferences. If I cannot make health care decisions for myself, I want my health care agent to use this information to guide their decisions. I understand that this information can guide my care, but it might not be possible to follow my wishes exactly in every situation.

Cardiopulmonary Resuscitation(CPR, 심폐소생술): 본인의 의향

CPR: What are my wishes?

워싱턴주의 표준 치료에 따르면 심장과 호흡이 멈춘 사람들에게 CPR을 제공합니다. 본 섹션은 귀하가 입원하여 심장과 호흡이 멈춘 경우("코드 상태"라고도 함) 의료 대리인과 의료서비스 제공자가 CPR 수행 여부를 결정하는 지침이 될 수 있습니다.

Standard care in Washington state is to provide cardiopulmonary resuscitation (CPR) to people if their heart and breathing stop. This section can guide your health care agent and health care providers on whether to perform CPR if you are hospitalized and your heart and breathing stop (also known as "code status").

본인이 입원하여 심장과 호흡이 멈춘 경우

If I am hospitalized and my heart and breathing stop:

- 본인은 CPR을 시도하기를 원합니다.
I want CPR attempted.
- 본인은 CPR을 시도하기를 원하지만, 본인의 건강 상태가 호전되지 않고 다음에 해당되는 경우에는 CPR을 시도하기를 원치 않습니다.
I want CPR attempted, unless there has been a change in my health, and I have:
- 본인이 본 양식에 명시했거나 의료 대리인과 논의했던 목표 및 가치에 부합하는 삶을 영위할 수 있을 가능성이 희박한 경우, 또는
Little chance of living a life that aligns with the goals and values I have stated in this form and/or discussed with my health care agent; or
 - 본인이 불치병이나 치료할 수 없는 부상을 입고 곧 사망할 수 있는 경우, 또는
A disease or injury that cannot be cured, and I am likely to die soon; or
 - 본인의 심장이 다시 뛰게 되더라도 생존 가능성이 희박한 경우
Little chance of survival even if my heart is started again.
- 본인은 CPR을 시도하기를 원치 않습니다. 본인은 모든 생명 유지 장치에 의존하지 않고 자연사하고자 합니다. (Portable Orders for Life-Sustaining Treatment(POLST, 연명의료계획서) 양식에 대해서는 의료서비스 제공자에게 문의하십시오.)
I do not want CPR attempted. I want to be allowed to die naturally. (Talk to your health care provider about a POLST form.)

생명 유지 장치: 본인의 의향

Life Support: What are my wishes?

아래 응답은 의료 대리인에게 지침을 제공하기 위한 것입니다. 본 질문에 응답을 한다고 해서 이 양식이 워싱턴주 법률에 따라 특정 상황에서 연명 치료를 철회하거나 보류할 것을 지시하는 의료 지시서가 되는 것은 아닙니다. 자세한 내용은 www.HonoringChoicesPNW.org를 참조하거나 의료서비스 제공자에게 문의하십시오.

Your response below is intended to guide your health care agent. Answering this question does not make this form a health care directive, which is a directive to withdraw or withhold life-sustaining treatment in specific situations under Washington state law. For more information, visit www.HonoringChoicesPNW.org or talk with your health care provider.

본인이 너무 아프거나 부상을 입어서 곧 사망할 것 같거나 혼수 상태에서 회복될 것 같지 않은 경우, 본인은 의료 대리인이 다음을 수행하기를 바랍니다.

If I am so sick or injured that I am likely to die soon or am in a coma and unlikely to recover, I want my health care agent to:

- 본인이 회복 가능성이 거의 없더라도 모든 생명 유지 치료를 동원하여 생명을 유지하도록 해 주십시오. 본인은 생명 유지 장치를 사용하기를 원합니다.
Use all life-support treatments to keep me alive even if there is little chance of recovery. I want to stay on life support.
- 의료서비스 제공자가 본인의 회복에 도움이 될 수 있다고 생각하는 모든 생명 유지 치료를 시도해 주십시오. 해당 치료가 효과가 없고 본인의 목표와 가치에 입각한 삶을 영위할 수 있는 가능성이 희박할 경우, 본인은 생명 유지 장치의 사용을 중단하기를 원합니다. 모든 생명 유지 장치에 의존하지 않고 자연사하고자 합니다
Try all life-support treatments that my health care providers think might help me recover. If the treatments do not work and there is little chance of living a life that aligns with my goals and values, I do not want to stay on life support. At that point, allow me to die naturally.
- 본인이 모든 생명 유지 장치에 의존하지 않고 자연사할 수 있게 해 주십시오. 본인은 생명 유지 장치의 사용을 원치 않습니다. 본인은 생명 유지 치료가 시작되었더라도 중단하고 싶습니다.
Allow me to die naturally. I do not want to be on life support. If life-support treatments have been started, I want them to be stopped.
- 본인은 의료 대리인이 본인을 대신하여 결정을 내리길 바랍니다.
I want my health care agent to decide for me.

이름:

NAME:

생년월일:

DATE OF BIRTH:

/ /
(월/일/연도)
(mm/dd/yyyy)

의료 대리인 준비

PREPARING A HEALTH CARE AGENT

추가 지침

Additional Directions

본인이 사망에 임박한 경우, 의학 치료, 생명 유지 시스템 및 자원이 제공된다면, 본인은 다음 장소에서 숨을 거두기를 희망합니다.

If I am dying and my medical care, support system, and resources allow, my preference would be to die:

자택 또는 사랑하는 사람의 집(원하는 경우 호스피스 포함)

At my home or the home of a loved one (with hospice if desired).

의료 시설

In a medical facility.

선호 사항 없음

I do not have a preference.

기타(구체적으로 명시해 주십시오): _____

Other (please describe):

본인이 임신 중이며 스스로 의료 관련 결정을 내릴 수 없는 경우, 본인은 의료 대리인과 의료서비스 제공자가 본인을 대신하여 의료 관련 결정을 내릴 때 다음 사항을 고려하기를 바랍니다.

If I am pregnant and cannot make health care decisions for myself, I would like my health care agent and health care providers to take the following into consideration as they make health care decisions on my behalf:

귀하의 의료 희망 사항과 관련하여 의료 대리인, 의료서비스 제공자 또는 다른 사람이 알았으면 하는 추가 정보를 기재해 주십시오. 장기기증 희망 사항과 기증 후 시신 처리 계획에 대해서는 별도로 문서화해야 한다는 점을 유의해 주십시오.

Write any additional information you want your health care agent, health care providers, or others to know about your health care wishes. Please note that your wishes for organ donation and plans for your remains should be documented separately.

이름: _____

NAME: _____

생년월일: _____

/ /

DATE OF BIRTH: _____

(월/일/연도)

(mm/dd/yyyy)



의료 대리인 승인 AUTHORIZING A HEALTH CARE AGENT

본인이 지정한 의료 대리인의 일반적인 권한: 본인은 스스로 의료 치료 관련 결정을 내릴 수 없을 때 의료 대리인이 해당 치료에 동의하는 것을 승인합니다. 본인은 의료 대리인이 CPR, 호흡기, 영양 공급관, 수혈 및 신장 투석과 같은 생명 유지 치료와 관련하여 본인의 희망 사항을 이행하도록 승인합니다. 여기에는 의학적 치료의 시작, 지속 또는 중단에 대한 동의도 포함됩니다.

Statement of General Authority and Powers of My Health Care Agent: I authorize my health care agent to give consent for medical treatments when I cannot make my own decisions. I authorize my health care agent to carry out my wishes regarding life-support treatments such as a CPR, breathing machines, feeding tubes, blood transfusions, and kidney dialysis. This includes consent to start, continue, or stop medical treatment.

본인은 다음을 증명합니다. 본인은 본 Durable Power of Attorney for Health Care(DPOA-HC, 의료 대리인 지정 위임장)의 중요성과 의미를 이해합니다. 본 양식은 본인의 의료 대리인 지정과 본인의 목표, 가치 및 선호도를 반영합니다. 본인은 자의에 의해 본 양식을 작성했습니다. 본인은 명확한 사고가 가능합니다. 본인은 언제든지 해당 의사를 바꿀 수 있음을 이해합니다. 본인은 언제든지 본 양식을 철회 및 교체할 수 있음을 이해합니다. 본인은 이전에 작성한 의료 대리인 지정 위임장을 철회합니다. 본인은 의사 또는 면허를 소지한 심리학자에 의해 본인이 스스로 의료 결정을 내릴 능력이 없다고 판단되어지는 경우에 본 DPOA-HC가 발효되기를 바랍니다. 본 지시서는 본인이 계속해서 관련 결정을 내릴 능력이 안 되는 한 유지될 것입니다.

I attest to the following: I understand the importance and meaning of this durable power of attorney for health care (DPOA-HC). This form reflects my health care agent choices and my goals, values, and preferences. I have filled out this form willingly. I am thinking clearly. I understand that I can change my mind at any time. I understand I can revoke and replace this form at any time. I revoke any prior durable power of attorney for health care. I want this DPOA-HC to become effective if a physician or licensed psychologist determines I do not have the capacity to make my own health care decisions. This directive will continue as long as my incapacity lasts.

본인 서명:

MY SIGNATURE:

날짜:

DATE:

주소, 시, 주, 우편번호:

ADDRESS, CITY, STATE, ZIP:

증인 또는 공증인 참관 요건

Witnesses or Notary Requirement

귀하는 공증인 한 명의 서명을 받거나 증인 두 명의 서명을 받아야 합니다.

You must have your signature either witnessed by two people or acknowledged by a notary public.

옵션 1 - 두 명의 증인

OPTION 1 - TWO WITNESSES

증인 선언: 본인은 증인 역할에 적용되는 규정을 준수함을 선언합니다.

Witness Attestation: I declare I meet the rules for being a witness.

증인 #1 서명:

WITNESS #1 SIGNATURE:

날짜:

DATE:

이름(정자체):

NAME PRINTED:

증인 #2 서명:

WITNESS #2 SIGNATURE:

날짜:

DATE:

이름(정자체):

NAME PRINTED:

옵션 2 - 공증인

OPTION 2 - NOTARY

STATE OF WASHINGTON)

워싱턴주)

COUNTY OF)

카운티)

This record was acknowledged before me on this _____ day of _____,

본 기록은 _____ 일 _____ 월에 본인의 참관 하에 승인되었습니다.

by (name of individual):

승인자(승인자 이름):

Signature:

서명:

Title:

직함:

Exp:

외선번호:

증인 규정:

Rules for Witnesses:

- 18세 이상의 적임자.
Must be at least 18 years of age and competent.
- 귀하 또는 의료 대리인과 혈연 관계, 혼인 관계 또는 주에 등록된 동거 관계는 제외.
Cannot be related to you or your health care agent by blood, marriage, or state registered domestic partnership.
- 귀하의 재택 간병인 또는 귀하가 거주하는 성인 가정 또는 장기 요양 시설의 간병인 제외.
Cannot be your home care provider or a care provider at an adult family home or long-term care facility where you live.
- 귀하가 지정한 의료 대리인 제외.
Cannot be your designated health care agent.

이름:

NAME:

생년월일:

DATE OF BIRTH:

/ /

(월/일/연도)

(mm/dd/yyyy)