Fred Hutch
Cancer Center

사전 의료지시서 질문 및 답변

사전 의료지서서란 무엇입니까?

사전 의료지시서는 귀하가 스스로 말할 수 없는 경우에 의료에 관한 귀하의 소망을 표명하고 귀하가 귀하를 대신하여 말해 주기를 원하는 사람이 누구인지를 확인해 주는 서면 문서입니다. 사전 의료지시서는 다음과 같은 두 개의 법적 문서가 결합된 것입니다.

- 의료를 위한 지속 위임장
- 의료지시서

의료를 위한 지속 위임장이란 무엇입니까?

귀하는 의료를 위한 지속 위임장을 통해 의료 대리인을 지명할 수 있습니다. 의료 대리인은 귀하가 더 이상 스스로 말할 수 없는 경우에 생명 유지 장치 사용에 대한 결정을 포함하여, 귀하의 의료에 대한 결정을 내릴 수 있는 사람입니다.

의료 지시서란 무엇입니까?

이 서식은 귀하가 스스로 말할 수 없는 경우에, 예컨대, 귀하가 혼수 상태에 있는 경우에, 생명 유지 장치 사용에 대한 결정을 포함하여, 귀하의 의료에 관한 귀하의 소망을 서면으로 표명합니다. 서면 지시가 있는 것은 귀하의 가족들이나 의료서비스 제공자들 사이에서 혼란이나 의견충돌을 줄이는 데 도움이 될 수 있습니다. 귀하의 가족들과 담당 의사들은 법에 따라 귀하의 의료지시서에 있는 지시사항들을 따라야 합니다.

본인의 사전 의료지시서를 작성할 때 본인에게 도움이 필요하면 어떻게 해야 합니까?

본 문서에 있는 가치관 워크시트를 작성하는 것을 고려하십시오. 그 워크시트는 귀하의 생각을 정리하고 귀하의 의학적 선택에 대한 귀하의 가치관을 명확히 하는 데 도움이 될 수 있습니다. 생명을 끝내고 싶다는 소망에 대한 귀하의 신념을 설명하는 데 그 워크시트가 도움이 된다고 생각하면, 귀하는 그 워크시트를 귀하가 서명한 사전 의료지시서에 포함시키기로 선택할 수도 있습니다. 사전 의료지시서 작성에 관한 질문이 있거나 안내가 필요하면, 우리의 지지 요법 의료 서비스 담당처(206-606-1076)로 전화하시면, 직원이 기꺼이 도와줄 것입니다.

의료 대리인은 어떻게 선정해야 합니까?

귀하의 의료 대리인이 귀하의 소망을 이해하고 그 소망을 따르는 데 동의하도록 만전을 기하십시오. 이 대리인은, 설령 다른 사람들이 귀하의 소망에 이의를 제기하더라도, 귀하에 대한 의료 결정을 내릴 책임을 맡습니다.

귀하가 의료 대리인으로 지명하는 사람은:

- 최소한 18세이고 정신적으로 적임자이어야 합니다.
- 중대한 결정을 내리는, 귀하가 신뢰하는 가족 구성원이나 친한 친구일 수 있습니다.
- 배우자, 동거인, 또는 생물학적 가족 구성원일 필요는 없습니다.
- 워싱턴에 있어야 할 필요는 없지만, 의학적 응급 상황에서 와줄 수 있어야 합니다.

귀하가 귀하의 의료 대리인으로 임명하는 사람의 대상은:

- 담당의 또는 담당의의 직원이 될 수 없습니다.
- 귀하가 현재 환자로 있는 의료 시설의 소유주, 운영자, 관리자, 직원, 또는 자원 봉사자가 될 수 없습니다.

본인이 의료 대리인을 선정하지 않으면 어떻게 됩니까?
의료 대리인을 선정하는 것을 권장합니다. 귀하가 의료 대리인을 지정하지 않으면, 워싱턴 법에서 귀하를 위해 대리인을 선임합니다. 대리인은 아래의 목록에서 다음과 같은 순서로 선정됩니다.

- 법원이 임명한 경우, 의료 결정을 할 권한이 있는 후견인.
- 귀하의 배우자나 등록된 동거인 (별거 중이나 법적으로 이혼하지 않은 경우에도);
- 귀하의 성인 자녀;
- 귀하의 부모;
- 귀하의 성인 형제자매;
- 귀하와 친숙한 귀하의 성인 손주;
- 귀하와 친숙한 귀하의 성인 조카딸과 조카;
- 귀하와 친숙한 귀하의 성인 숙모/고모/이모 및 삼촌/외삼촌
- 특정 상황의 경우, 가까운 성인 친구*

* 대리 의사 결정자로서의 자격을 갖추려면, 환자의 가까운 성인 친구는 다음과 같은 자질을 틀림없이 보여주었을 것입니다. 환자에 대한 특별한 돌봄과 배려, 환자의 가치관에 친숙함, 합당하게 연락이 닿을 수 있는 곳에 소재하여 의료 결정을 내리고, 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제 하에 선언서에 서명함.

두 명 이상의 사람, 가령 귀하의 자녀들, 부모, 또는 형제자매가 권한을 부여받은 경우, **모두가** 동의를 **해야 합니다**. 귀하가 그들 모두가 동의하지는 않을 수도 있다고 우려하는 경우, 귀하는 귀하를 대신하여 누가 결정을 내려야 하는지를 구체적으로 명시하는 의료를 위한 지속 위임장을 작성하기를 원할 수 있습니다.

본인에게 동성 배우자 또는 동성 등록된 동거인이 있다면 어떻게 됩니까?
귀하의 동거인이나 배우자는 워싱턴 주 밖의 응급 의료 상황에서 귀하의 의료 결정을 내리거나 심지어는 귀하에게 접근할 권리가 없을 수도 있습니다. 워싱턴 주 밖의 지역을 여행할 때 당해 배우자/동거인이 귀하를 대신하여 의료 결정을 내리게 하기를 원하면, 이 서식에 귀하의 의료 대리인으로서 동거인 또는 배우자를 기입하십시오.

"일시적인 연명 치료"란 무엇이고 저는 언제 그 치료를 원할 수도 있습니까?
일시적인 연명 치료에는 예를 들면 환기요법 또는 호흡기의 사용이 포함될 수 있습니다. 회복될 가능성이 높다면 귀하는 연명 치료를 원할 수도 있습니다. 예를 들면, 귀하에게 나아질 수도 있는 폐 감염증이 있는 경우입니다. 반면에, 일부 사람들은 병태가 되돌릴 수 있는 것인지의 여부에 불문하고 기계를 사용하여 자신의 생명을 연장시키지 않기를 원할 것입니다.

저는 임종 돌봄과 진통제 투약이 해로울 수도 있다는 것을 우려합니다. 진통제로 인해 본인이 더 빨리 사망할 수도 있다는 것이 사실입니까?
누군가 죽어가고 있을 때, 그 사람이 계속 아파하는 경우에만 진통제의 투여량이 증가합니다. 진통제가 임종 시에 사용될 때 그 진통제로 인해 더 빨리 사망하는 경우는 거의 없습니다. 하지만, 귀하가 이전에 진통제를 사용한 적이 없는 경우에는 (또는 단지 소량만을 사용한 경우에는) 진통제로 인해 귀하의 호흡이 느려지거나 진정 상태가 될 수 있습니다. 그래서 진통제를 항상 안전하게 그리고 담당 의료팀의 지시에 따라 사용하는 것이 중요합니다. 죽어가는 사람의 약물 의존성은 윤리적이거나 법적인 문제가 아닙니다. 진통제에 내성이 생기는 것은 중독이 아닙니다.

의료 기관이 내 소망을 따르기를 거부할 수 있습니까?
일부 의료 기관은 특정한 종교적 지침이나 도덕적 가르침을 따릅니다. 이 때문에, 귀하의 사전 의료지시서가 그들 기관의 가치관과 충돌하는 경우 그들 기관은 귀하의 사전 의료지시서를 따르지 않을 수도 있습니다. 귀하가 말기로 위독하거나 사망할 가능성이 높은 경우, 이러한 기관은 연명 치료를 중단하거나 시작하지 않겠다는 귀하의 선택에 대개 따를 것입니다. 하지만, 임신 또는 지속적으로 식물인간 상태와 연관된 경우에는, 그들 기관은 귀하의 소망을 따르기를 거부할 수도 있습니다. 그런 경우, 귀하는 귀하가 원하는 진료를 받기 위해 다른 시설로 옮길 권리가 있습니다. 귀하의 의료 지시서를 귀하를 보살피는 의료 기관들과 의사들에게 제공하여 그들이 귀하의 선택을 알고 있도록 만전을 기하십시오.

본인이 사망한 후에도 본인의 사전 의료지시서는 계속 유효합니까?
워싱턴 주 법에 따라 의료 지시서는 명시적으로 사망 후에 계속 유효할 수 없습니다. 귀하는 귀하의 사전 의료지시서 서식에, 실험적 치료, 장기/조직 기증, 부검 및 의학 연구 또는 교육을 포함하여, 귀하의 소망을 수행할 수 있도록, 그 문서가 계속 유효하다는 귀하의 의향을 명시할 수 있습니다.

본인이 본인의 사전 의료지시서를 철회 또는 취소하기로 선택하면 어떻게 됩니까?
귀하는 그 서식에 "철회함"이라고 기재하고 날짜를 기입함으로써 언제든지 귀하의 사전 의료지시서를 철회할 수 있습니다. 귀하는 귀하의 의료 대리인, 귀하의 가족과 귀하의 담당 의사에게 서면으로 귀하의 사전 의료지시서에 대한 철회 의사를 통지하십시오. 우리는 귀하가 가능한 한 조속히 업데이트된 사전 의료지시서를 작성하여 그 사본을 귀하의 의료 대리인, 가족 및 담당 의사에게 제공하도록 강력히 권장합니다.

하지만, 귀하는 귀하가 단지 주소나 전화번호를 업데이트해야 하는 경우에는 귀하의 사전 의료지시서를 철회하거나 취소할 필요가 없습니다. 귀하는 귀하의 현재 서식에 그러한 변경을 할 수 있습니다. 업데이트는 이름 첫 글자로 서명하고 날짜 기입이 되어야 합니다. 반드시 가끔 귀하의 사전 의료지시서를 검토하여 그 지시서가 귀하의 현재 소망과 가치관을 반영하도록 만전을 기하십시오. 귀하가 그 지시서를 검토할 때마다 이름 첫 글자로 서명하고 날짜를 기입하고, 업데이트된 서식을 귀하의 의료 대리인, 가족 및 담당 의사와 공유하는 것을 잊지 마십시오.

사전 의료지시서는 어디에 보관해야 합니까?
그 원본을 안전하되 접근 가능한 장소에 보관하십시오. 귀하의 의료 대리인(들) 및 가족에게 귀하의 문서를 어디에서 찾을 수 있는지를 알려주는 것을 잊지 마십시오. 응급한 경우에 다른 사람이 원본에 접근할 수 있기 위해서, 그 원본을 귀하의 변호사에게 제공하지도 말고 (안전 금고와 같은) 보안 박스에 원본을 넣어서 보관하지도 마십시오. 귀하는 사본을 지갑/작은 지갑, 자동차, 또는 여행가방에 보관하기를 원할 수도 있습니다.

사본을 누가 가지고 있어야 합니까?
사전 의료지시서서가 작성된 후에, 사본을 의료 대리인(들), 의사(들), 변호사, 가족, 친한 친구, 성직자, 장례 절차를 위해 지정된 대리인(들), 그리고 그 외 귀하의 의료에 관여하게 될 수도 있는 사람에게 제공하십시오. 귀하가 요양원이나 병원에 입원하는 경우, 귀하의 문서 사본들을 귀하의 의료 기록에 넣어 보관하십시오. 귀하의 사전 의료지시서 사본은 원본과 똑같이 유효합니다.

본인은 본인의 소망을 중요한 사람들에게 어떻게 알려줍니까?
귀하와 가까운 사람들과 귀하의 사전 의료지시서에 대해 의논하는 것이 중요합니다. 귀하의 의료 대리인(들), 의사(들), 성직자, 가족 및 친구들과 의학적 치료에 관한 귀하의 소망을 자주 논의하시고, 특히 귀하의 의학적 병태가 변하는 경우에 자주 논의하십시오. 다른 가족들에게 귀하의 의료 대리인(들)이 귀하를 대신하여 행동할 최종 권한을 가질 것이라는 것을 분명히 밝히십시오.

본인의 담당 의사가 본인의 소망을 따릅니까?
귀하가 귀하의 사전 의료지시서를 귀하의 담당 의사에게 제출하면서 그 의사가 그 지시서를 따를 것인지의 여부를 물어보십시오. 따르지 않겠다면, 따를 의사를 찾으십시오.

의료 시설에 입원하거나 재택 의료 프로그램에 등록한 경우 다른 의료 지시서 서식이 본인에게 제공되는 경우 어떻게 해야 합니까?
입원 담당 직원에게 귀하가 작성한 사전 의료지시서의 사본을 제공하고 그 직원에게 귀하가 그들의 서식을 작성해야 한다고 생각하는 이유를 분명히 말해 달라고 요청하십시오.

본인의 사전 의료지시서가 의학적 응급 상황에서 시행됩니까?
아니요, 귀하의 사전 의료지시서는 의학적 응급 상황의 경우에는 시행되지 않습니다. 구급차 요원은 의사가 환자와 상의하여 작성하는 유효한 연명 치료 지시서(POLST)가 없는 경우 심폐소생술(CPR) 및 여타 연명 치료를 제공해야 합니다.

본인이 다른 주로 여행할 때에는 어떻게 됩니까?
귀하가 여행을 하는 경우, 다른 주에서 사전 의료지시서 유효성을 인정할 수 있으므로, 귀하는 귀하의 사전 의료지시서 사본을 가져가기를 원할 수 있습니다. 워싱턴 주 등록 동거인은 그 자신의 사전 의료지시서를 성실히 소지하고 있어야 합니다.
워싱턴 주 밖으로 여행할 때.

본인은 본인의 사전 의료지시서의 증인 서명 또는 공증을 받아야 합니까?
2019년 7월 28일부터, 사전 의료지서서가 법적으로 구속력을 가지려면 2명의 증인의 서명 또는 공증을 받아야 합니다.

다음과 같은 사람은 증인이 될 수 없습니다.

- 귀하와 혈통, 결혼, 또는 입양으로 맺은 관계가 있는 사람.
- 법의 효력이나 유언장을 통해 귀하의 재산 중 일부를 받을 권리가 있는 사람.
- 귀하의 재산에 대해 청구권이 있는 사람.
- 담당의 또는 담당의의 직원이 될 수 없습니다.
- 귀하가 사전 의료지시서에 서명할 시점에 귀하가 환자로 있는 의료 시설의 소유주, 운영자, 직원, 또는 자원 봉사자.

2019년 7월 28일 이전에 작성된 사전 의료지서서는 그 버전이 작성 시점에 워싱턴 주 법을 준수하는 한 법적으로 유효합니다.

가치관 워크시트

이름 _____ 날짜 _____

해당되는 경우, 귀하가 이 문서를 작성하는 데 도움을 준 사람의 이름 _____

다음은 귀하가 현재 및 미래에 받기를 원하는 의료서비스의 종류에 관해 결정을 내리고 문서를 작성할 때 고려하기를 원할 수 있는 질문입니다. 귀하는 귀하의 답변을 적고 그 사본을 귀하의 가족 구성원 및 의료서비스 제공자에게 제공하거나, 논의하는 데 그 질문들을 간단하게 사용하기를 원할 수도 있습니다. 다음 항목들이 얼마나 중요합니까?

	매우 중요함				**중요하지 않음**
그냥 순리대로 흘러가게 놓아둠.	4	3	2	1	0
삶의 질을 보존함.	4	3	2	1	0
본인의 영적 신념/전통에 끝까지 충실함.	4	3	2	1	0
삶의 질에 상관없이, 가능한 한 오래 삶.	4	3	2	1	0
누구에게 의존하지 않고 독립적으로 삶.	4	3	2	1	0
되도록 편안하고 고통 없이 지냄.	4	3	2	1	0
가족과 친구에게 좋은 추억을 남김.	4	3	2	1	0
의학 연구나 가르침에 기여함.	4	3	2	1	0
친구와 가족과 잘 지낼 수 있음.	4	3	2	1	0
신체적 제한이 없음.	4	3	2	1	0
정신적으로 기민하고 유능함.	4	3	2	1	0
가족, 친구, 또는 자선단체에 유산을 남길 수 있음.	4	3	2	1	0
질질 끄는 것보다 차라리 단시간에 사망함.	4	3	2	1	0
비싼 의료서비스는 받지 않음.	4	3	2	1	0

귀하가 죽어가고 있을 때 중요한 것은 무엇입니까(예: 육체적인 편안함, 고통이 없는 것, 가족 구성원이 옆에 있는 것, 등)?

말기 질환에 직면할 때 연명 조치를 사용하는 것에 대해 어떻게 생각하십니까? 영구적 혼수상태에 직면할 때? 또는 알츠하이머 병처럼, 회복 불가능한 만성 질환에 직면할 때?

특정한 의료 시술에 대해 확고한 생각을 갖고 있습니까? 기계적 호흡(인공 호흡기), 심폐 소생술(CPR), 인공 영양 및 수분보급, 병원 집중 치료실, 통증 완화 약제, 화학 요법 또는 방사선 요법, 수술 등을 비롯한 몇 가지 시술을 고려해 보아야 합니다.

귀하가 내릴 의료 결정에 영향을 미치게 될, 귀하의 신체적 및 정신적 건강을 제한하는 것들은 무엇입니까?

치료 결정을 내릴 때 재정적 문제가 고려되기를 원하십니까?

귀하의 병태가 안 좋아서 필요하다면, 요양원에 들어가게 되기를 원하십니까?

병원 입원의 대안으로서, 귀하의 삶의 마지막 기간에 집에서 편안하고 보내는 것을 목표로 하여, 호스피스 돌봄을 원하십니까?

일반적으로, 귀하는 귀하의 의료 및 치료에 대한 결정을 내리는 것에 참여하거나 동참하고자 하십니까?

귀하의 병태, 치료 옵션 및 치료 성과의 변화에 대해 진실을 알기를 항상 원하십니까?

Fred Hutch
Cancer Center

다음 대상자에 대한 의료 지시서 및 의료를 위한 지속 위임장: _____
본인 (귀하의 이름을 여기에 인쇄체로 기입)

본 문서는 연명 치료 및 임종 돌봄에 대한 본인의 선택을 명시하는 것입니다. 이는 본인이 스스로 말할 수 없게 되는 경우, 본인을 대신하여 의료 결정을 내릴 본인의 대리인/후견인 및 임상의에게 통보하고 안내하기 위한 것입니다. 본인은 본인이 본 지시서와 의료를 위한 지속 위임장에 서명하기 전에, 본 지시서의 문언을 추가, 삭제, 또는 달리 변경할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 본 지시서 및 의료를 위한 지속 위임장의 문언을 언제든지 추가하거나 삭제할 수 있으며, 그러한 변경사항은 법적으로 유효하도록 워싱턴 주 법 또는 연방 헌법에 부합해야 한다는 것을 인정합니다. 본인은 본 서식이 과거에 본인이 서명한 모든 의료 위임장 및 의료 지시서를 대체하고 취소하기를 원합니다.

1. 본인이 이 문서를 적용하기를 원하는 경우

본인은 장애 또는 무능력으로 인해 본인 스스로 의료 결정(들)을 내릴 수 없게 된 경우 이 문서를 적용하기를 원합니다. 본인은 그러한 무능력이 일시적일 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 또한 본인은 본인이 특정한 결정을 내릴 수 없게 된 경우, 그럼에도 불구하고 본인이 다른 결정을 내릴 수 있다는 것도 알고 있습니다. 본인이 스스로 의료 결정을 내릴 수 있을 때, 본인은 그렇게 하기를 원합니다. 아래에 작성된 각 섹션은 과거에 본인이 서명한 의료 지시서 및 지속 의료 위임장을 취소하고 대체할 것입니다.

의료를 위한 지속 위임장

2. 본인의 의료 대리인

본인은 다음 사람을 본인의 대리인으로 지정합니다.

이름 _____

관계 _____ _____

주소 _____

전화번호 _____

본인의 대체 대리인 (선택):

이름 _____

관계 _____

주소 _____

전화번호 _____

본인은 이전에 다음을 작성했습니다. *{해당되는 모두에 이름 첫 글자로 서명}*

의료지시서 (예: 사망 선택 유언장, 사전 의료지시서) _____ **예** _____ **아니요**

의사가 환자와 상의하여 작성하는 연명 치료 지시서(Physician Order for Life-Sustaining Treatment: POLST) _____ **예** _____ **아니요**

3. 본인이 본인의 의료 대리인에게 부여한 권한

본인은 대리인에게 본인에 대한 의료에 대하여 모든 결정을 내릴 완전한 권한을 허여합니다. 여기에는 다음과 같은 정보가 포함되지만 이에 국한되지 않습니다.

- 연명 치료를 포함하여, 본인의 담당 의사가 권장하는 의학적 치료에 대해 동의하고, 동의를 거부하고, 동의를 철회할 권한;
- 특정한 의학적 치료를 요청할 권한;
- 본인에 대한 의료 기록 및 정보에 접근할 권한;
- 의료서비스 제공자를 고용하고 해고할 권한;
- 본인의 의료 보험회사를 변경할 권한;
- 본인을 위해 의사가 환자와 상의하여 작성하는 연명 치료 지시서(POLST)를 작성할 권한; 및
- 본인을 의료 시설에서 다른 시설, 자택, 또는 여타 장소로 옮길 권한; 및
- 호스피스 또는 임종 돌봄을 요청할 권한.

본 서명한 문서의 사본 및 팩스본은 법적으로 유효합니다

팀

이름

환자 번호

출생일

여기에 EPIC **라벨을 부착하십시오**

[남]

[여]

Fred Hutchinson Cancer Center is an independent organization that serves as UW Medicine's cancer program.

UW Medicine

SHIM024

Fred Hutch
Cancer Center

이 정보 공개 권한은 이후 개정된 1996년의 건강 보험 이전 및 회계법(HIPAA: Health Insurance Portability and Accounting Act)에 의해 규율되는 정보에 추가로 적용됩니다.

4. 본인에 대한 의료 결정을 내리는 방법

본인은 누구든지 본인이 본 문서에 명시하는 선택을 따르도록 본인에 대한 의료 결정을 내리는 사람을 원합니다. 본인이 무엇을 원할 것인지를 모르는 경우에는, 본인은 다음에 근거하여, 본인에게 최선의 이익이 되는 결정을 원합니다.

- 본인의 가치관,
- 본 문서의 내용, 그리고
- 본인의 의료서비스 제공자가 제공하는 의료 정보.

의료지시서

본인은 본인에 대한 치료에 대한 본인의 선택과 지시사항에 대해 명백하고 확실한 증거를 제공하기 위해 본 의료 지시서를 작성하는 바입니다.

5. 본인이 연명 치료를 원하지 않는 경우

본인이 다음 병태(들)에 처한 경우, 본인은 본인이 사망하게 내버려두기를 원하는 바입니다. *{해당되는 모두에 이름 첫 글자로 서명}*

_____ (a) 본인이 의학적 병태(혼수 상태 포함)로 인해 생각이나 의사 소통을 할 수 없고, 이 병태가 아마도 영구적일 것일 경우.

_____ (b) 본인의 신체적 병태 때문에 본인의 돌봄을 타인에게 전적으로 의존하며, 이 병태가 아마도 영구적일 경우.

_____ (c) 통증을 제어할 수 없거나, 본인이 의사소통을 할 수 없을 정도로 강하게 진정시켜야만 통증을 없앨 수 있는 경우.

_____(d) 알츠하이머 병 같은 치매가 있을 경우.

_____(e) 본인이 연명 치료를 원하지 않을 기타 상황 (선택 사항):

이 공간이 충분하지 않으면, "첨부된 페이지 참조"라고 기입하십시오. 첨부된 어떠한 페이지에도 서명하고 증인이 입회하여 서명하고, 또는 공증을 받아야 합니다. 귀하가 잠재적으로 생명에 위협을 받는 만성 질환을 앓고 있는 경우, 귀하의 담당 의사와 함께 구체적인 지시사항을 상의하십시오.

본 서명한 문서의 사본 및 팩스본은 법적으로 유효합니다

팀

이름

환자 번호

출생일

여기에 EPIC **라벨을 부착하십시오**

[남]

[여]

Fred Hutchinson Cancer Center is an independent organization that serves as UW Medicine's cancer program.

UW Medicine

SHIM024

HIM024 (09/22)

Fred Hutch
Cancer Center

6. 일시적인 연명 치료의 사용

본인은 본인의 담당 의사가 본인의 삶의 질 또는 병태가 향상될 수 있다고 생각하는 경우에는 일시적인 연명 치료가 선택사항이 될 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 만약 그렇다면: *{하나에 이름 첫 글자로 서명}*

_____ 본인은 담당 의사가 연명 치료를 해 보는 것이 아직도 적절하다고 생각하는 한 연명 치료를 원합니다.
_____ 본인은 최대 ___주까지 연명 치료를 원합니다. 그 기간 후에, 본인이 나아지지 않았다면, 본인은 본인이 사망하게 내버려두기를 원하는 바입니다.
_____ 본인은 아직도 연명 치료를 원하지 않습니다.

7. 본인이 원하지 않는 연명 치료

본인이 위 섹션5에 이름 첫 글자 서명을 한 병태를 경험하거나 본인의 대리인이 본인이 용납할 수 없을 것이라고 생각하는 삶의 질을 경험하면, 본인은 이러한 연명 치료가 시작되기를 원하지 않습니다. 이미 연명 치료가 사용 중이라면, 그 연명 치료를 중단하기를 원합니다(섹션 6에서 본인이 허가한 일시 사용은 제외). *{귀하가 원하지 않는 모두에 이름 첫 글자로 서명}*

_____ 본인이 스스로를 지탱하기에 충분할 만큼 먹고 마실 수 없는 경우, 입을 통해 공급되는, 일반 음식과 물이 아닌, 영양 및 수분.
_____본인의 심장이나 호흡이 정지되는 경우, 본인의 심장을 다시 뛰게 하거나 호흡을 다시 시작하게 하려는 심폐소생술(CPR) 조치.
_____본인의 신장이 정상적으로 기능하지 않는 경우, 본인의 혈액에서 생명을 위협하는 물질을 제거하는 혈액 투석이나 여과.
_____소실되거나 질병에 걸린 혈액을 대체하는 혈액, 혈장, 혈액 제제, 또는 여타 수액의 수혈.

뿐만 아니라, 본인이 작성된 POLST(의사가 환자와 상의하여 작성한 연명 치료를 위한 지시서)를 가지고 있는 경우, 그 지시서를 사용하여 본인이 달리 원하는 것에 대해 알아보십시오.

8. 임종 돌봄과 진통제 투약에 대한 본인의 소망

본인이 통증이 있는 것처럼 보이거나, 숨이 차거나, 다른 불편함을 체험하고 있는 경우, 본인은 본인의 통증과 증상을 완화시키는 강력한 치료를 원합니다. 본인의 담당 의사들이나 다른 의료서비스 제공자들이 본인을 편안하게 하는 진정 치료는 그로 인해 본인이 혼수 상태에 빠질 수도 있다고 생각하더라도, 본인은 그러한 치료를 원합니다. *{하나에 이름 첫 글자로 서명}*

_____ 예 _____ 아니요

9. 의료 기관이 본인의 소망을 따르기를 거부하는 경우에 관하여

본인이 본 사전 의료지시서와 상충하는 정책 또는 종교적 신념을 갖는 의료 기관의 환자인 경우, 본인의 입원으로 본 사전 의료지시서와 상충하는 시술 또는 치료 과정에 묵시적 동의를 하는 것은 아닙니다. 더 나아가, 본인이 환자로 있는 의료 기관이 사전 의료지시서에 명시된 본인의 소망을 따르지 않는 경우, 본인은 적시의 방식으로 본 사전 의료지시서에 명시된 지시사항을 따르기로 동의하는 병원, 요양원, 또는 다른 기관으로 옮겨지기를 원합니다.

10. 다른 문제에 관한 본인의 소망

본인은 부검, 장기 기증, 본인의 시신을 연구에 사용하기 위해, 그리고 아래에서 본인이 본인의 유해 처리를 허가하는 경우 본인의 대리인이 본인의 유해를 처리하기 위해 본 지시서가 본인의 사후에 그대로 유효하기를 원합니다. *{해당되는 모두에 이름 첫 글자로 서명}*

	예	아니요
a. 본인은 실험적인 치료에 동의합니다.	_____	_____
b. 본인은 장기/조직을 기증하기를 원합니다.	_____	_____
c. 본인은 부검에 동의합니다.	_____	_____
d. 본인은 본인의 시신 전체 또는 일부를 의학 교육 또는 연구에 사용하는 것에 동의합니다.	_____	_____

본 서명한 문서의 사본 및 팩스본은 법적으로 유효합니다

팀

이름

환자 번호

출생일

여기에 EPIC **라벨을 부착하십시오**

[남]

[여]

Fred Hutchinson Cancer Center is an independent organization that serves as UW Medicine's cancer program.

UW Medicine

SHIM024

HIM024 (09/22)

_____에 대한 의료 지시서 및 의료를 위한 지속 위임장

Fred Hutch
Cancer Center

본인은 아래의 개인을 장례 절차를 위한 본인의 지정 대리인으로 지명했습니다. *{하나에 이름 첫 글자로 서명}*
귀하가 본 섹션을 사용하지 않는 경우, 그 섹션에 줄을 그어 지우십시오.

_____본인의 의료 대리인(본 문서의 섹션 2에 열거됨)은 장례 절차를 진행할 권한도 위임받았습니다.

_____본인은 장례 절차에 대해 대체 대리인을 지명했습니다.

장례 절차를 위한 본인의 대체 대리인:

이름 _____

관계 _____

주소 _____

전화번호 _____

본인은 본인의 유해가 다음과 같이 처리되기를 원합니다.
귀하가 재산처분 유언장에 지시사항을 남겼거나 장례식장 또는 People's Memorial Association(세상 사람들의 추모 협회)와 절차를 준비했다면, 이 부분을 작성할 필요가 없습니다. 귀하가 본 섹션을 사용하지 않는 경우, 그 섹션에 줄을 그어 지우십시오.

11. 법원이 본인을 위해 후견인을 임명하는 경우
본인이 의료 대리인을 지명했다면, 본인은 본인의 대리인이 본인의 후견인이 되기를 원합니다. 만약 본인의 대리인이 그렇게 될 수 없다면, 본인은 본인의 대체 대리인이 본인의 후견인이 되기를 원합니다. 법원이 다른 누군가를 임명하기로 결정하면, 본인이 스스로 행동해야 하는 경우 본인은 그 후견인이 법원의 요구에 따라 본인의 동의가 필요한 모든 의료 결정에 관해 본인의 대리인(또는 대체 대리인)과 상의하도록 요청합니다.

12. 이 문서가 철회되거나 취소될 수 있는 방법
본 의료 지시서와 의료를 위한 지속 위임장은 그런 취지의 서면 진술서에 의해, 또는 철회할 의향을 달리 표명함으로써 철회될 수 있습니다. 하지만, 본인이 본인을 위해 결정된 특정한 결정에 불찬성을 표명하는 경우, 그 불찬성만으로는 본 문서가 철회되지 않습니다.

13. 요약 및 서명 *{증인이 입회 서명하는 경우에는 증인 2명이 입회한 경우에만, **또는** 공증하는 경우에는 공증인이 입회한 경우에만 서명}*
본인은 본 문서가 무엇을 의미하는지 알고 있습니다. 본인이 본인 자신에 대한 의료 결정을 내릴 수 없는 경우에는, 본인이 여기에서 말한 바와 같이 누구든지 본인을 대신하여 그러한 결정을 내리도록 지시하는 것입니다. 여기에는 연명 치료를 보류하고/하거나 철회하는 것이 포함되며, 그 결과 의학적으로 가능한 모든 치료를 한 경우보다 본인의 사망이 더 앞당겨질 수도 있습니다. 본인은 본인의 자유 의지로 본 문서를 작성하며, 본인에게 그렇게 할 수 있는 정신적 및 감정적 능력이 있다고 생각합니다. 본인은 본인이 무능력해지더라도 본 문서가 시행되기를 원합니다.

유의: 본 문서가 법적 구속력을 가지려면 귀하는 제14조(증인 진술) 또는 제15조 (공증)을 완료해야 합니다.

_____ _____

서명 날짜

본 서명한 문서의 사본 및 팩스본은 법적으로 유효합니다

팀
이름
환자 번호
출생일

여기에 EPIC **라벨을 부착하십시오**

[남]
[여]

Fred Hutchinson Cancer Center is an independent organization that serves as UW Medicine's cancer program.
UW Medicine

SHIM024

Fred Hutch
Cancer Center

14. 증인 진술 *{아래 줄에, 귀하의 증인의 이름이 아닌, 귀하의 이름을 인쇄체로 기입}*

_____ (는)은 개인적으로 본인과 아는 사이이며, 본인은 그 사람이 의료 결정을 내릴 수 있다고 생각합니다. 본인은 본인이 최소한 18세이며, 그 사람과 혈통, 결혼, 또는 입양에 의해 맺어진 관계가 있지 않으며, 본 문서에서 지명된 그 사람의 의료 대리인이 아니라는 것을 단언하는 바입니다. 본인이 아는 한 본인은 그 사람의 유언장의 수혜자도 아니며 그 유언장에 추가된 자도 아니고, 본인은 그 사람의 재산에 대해 청구권이 없습니다. 본인은 그 사람의 의료에 직접적으로 연관이 없으며, 본인은 그 사람의 담당 의사의 직원도 아니고 본 문서를 작성하는 사람이 상주할 수 있는 의료 시설의 직원도 아닙니다.

증인 1

_____ _____
서명 날짜

_____ _____
인쇄체 이름 전화번호

_____
주소

증인 2

_____ _____
서명 날짜

_____ _____
인쇄체 이름 전화번호

_____
주소

15. 공증

워싱턴 주, _____ 카운티

본인은 _____(이)가 본 문서에서 언급된 용도와 목적을 위해 본 문서에 서명했고 이것이 그 사람의 자유롭고 자발적인 행동임을 인정한 만족할 만한 증거를 알고 있거나 가지고 있다는 것을 증명하는 바입니다.

20__년, _____월 _____일에 작성됨

_____
워싱턴 주 **공증인**

거주지: _____

본인이 위임받은 공증 임무는 _____에 만료됩니다.

유의: 일부 주에서는 사전 의료지시서의 공증을 요구합니다. Fred Hutch 는 클리닉 3층에 있는 환자 및 가족 상담 센터에서 흔히 당일에, 그리고 항상 예약에 의해 (예약 전화번호: 206-606-2081) 사전 의료지시서의 무료 공증을 제공합니다.

본 서명한 문서의 사본 및 팩스본은 법적으로 유효합니다

팀

이름

환자 번호

출생일

여기에 EPIC **라벨을 부착하십시오**

[남]

[여]

Fred Hutchinson Cancer Center is an independent organization that serves as UW Medicine's cancer program.

UW Medicine

SHIM024

HIM024 (09/22)

_____에 대한 의료 지시서 및 의료를 위한 지속 위임장