

2022년 9월 개정된 일리노이주 생명유지 치료에 대한 의사 지시서 POLST 한국어 번역본은 나일즈 소재 엘리베이트 케어 (구. 글렌브릿지 양로원/ 대표전화 847-966-9190 또는 한국어 847-636-6722)에서 번역했습니다. 이 샘플 양식은 교육 목적으로만 사용되며, 영문 원본은 주치의 또는 담당 의료진에게 문의하시길 바랍니다. IDPH (주 보건국) 홈페이지에서 원본 양식을 다운받을 수 있습니다. 서명한 POLST 양식은 법적으로 유효한 의사의 지시로 인정됩니다.

HIPPA (건강보험 이전 및 책임에 관한 법)은 필요한 치료를 위해 의료진에게 POLST 공개를 허용합니다.

 State of Illinois Department of Public Health 일리노이 사전연명의료의향서 (생명유지 치료에 대한 의사 지시서)
UNIFORM PRACTITIONER ORDER FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM

환자에게: 이 POLST 양식은 자발적으로 작성합니다. 필요한 경우 의료계 종사자와 의논하실 때, 본인이 신뢰할 수 있는 의료진과 의논하십시오.

의료진에게: 반드시 이 양식을 환자 또는 환자 보호자와 의논한 후 작성하세요. 모든 의사결정은 생명이 위독한 환자를 위한 선택입니다. 환자가 치매 혹은 뇌졸중 등으로 소생불가능하거나 위독한 상태일 수 있습니다. 만약 상황이 갑자기 바뀐다면, 새로운 지시사항을 기재할 수 있습니다.

개인정보 이 양식은 전적으로 자발적으로 작성합니다.		
성 (Last Name)	이름 (First Name)	MI
생년월일(mm/dd/yyyy)	주소 (street/city/state/ZIP code)	
A 필수 항목 (반드시 작성, 하나만 선택)	심정지 환자를 위한 지시. 환자가 맥박이 뛰지 않고 숨을 쉬지 않는 경우	
	<input type="checkbox"/> 심폐소생술 시도 (CPR). 섹션 B 항목에 표시된 모든 치료와 처리를 해야함	<input type="checkbox"/> 심폐소생술 시도 하지 않음 (NO CPR) Do Not Attempt Resuscitation, DNAR)
B 선택 항목 (공백으로 둘 수 있음)	환자가 심정지가 아닌 경우 의학적 지시. 맥박이 뛰는 경우/ 숨을 쉬는 경우. 어떤 선택을 하든지, 환자의 편안함이 최대 목표입니다 (아무것도 선택 안했을 시, 완전한 치료 시행)	
	<input type="checkbox"/> 완전한 치료 (Full Treatment) 의학적 효과가 있는 모든 수단과 방법을 사용해 환자의 생명 연장과 심정지 예방이 목표. 기관 삽관, 전문 기도 개입, 기계 환기, 인공 호흡기, 심율동 전환술 등을 사용함	
	<input type="checkbox"/> 선택적 치료 (Selective Treatment) 의학적 상태를 치료하지만 환자가 견디기 어려운 조치를 피하는 것이 목표. 기간 삽관이나 침습성 인공 호흡 사용 안함. CPAP(지속기도양압호흡)나 BiPAP(양압기) 등 비침습성 기도 양압술은 사용함. 정맥주사 수액, 항생제, 혈관 수축제, 항부정맥제 등은 작성한 경우 사용 가능. 작성한 경우 병원으로 이송.	
	<input type="checkbox"/> 고통 완화 치료 (Comfort-focused Treatment): 환자의 고통을 최대한 완화하는 것이 목표 (자연사 허용) 필요한 경우 모든 경로를 통해 약물을 투여해 고통 완화. 산소, 흡입, 기도폐쇄 도수 치료법 사용함. "완전한 치료"와 "선택적 치료"에 기재된 치료법을 사용하지 않음. 현재 상황에서 고통을 완화 할 수 없는 경우 병원으로 이송.	
C 선택 항목 (공백으로 둘 수 있음)	부가적 지시나 설명. 이 지시들은 위의 내용 외에 추가 된 것들입니다. (예. 혈액제제를 주지 않음; 투석 중지). [지역 EMS 프로토콜에 따라 이 항목에서 EMS 응급요원이 처치를 이행하지 않을 수도 있습니다.]	
D 선택 항목 (공백으로 둘 수 있음)	인공 영양 공급에 관한 지시. 가능하고 바람직한 경우, 입을 통해서 음식물을 공급. (선택되지 않은 경우, 표준 치료를 제공하시오.)	
	<input type="checkbox"/> 인공 영양과 수분을 언제나 공급 (신규 또는 기존 급식관 포함)	
	<input type="checkbox"/> 인공 영양 및 수분 공급 시도 기간 동안 영양 공급 (급식관은 사용 금지)	
	<input type="checkbox"/> 인공 영양 및 수분 공급 금지	
E 필수 항목	환자 혹은 법적 의사결정 대리인 서명. (전자서명 유효함)	
	이름 (필수) X	날짜 X
	서명 (필수) X	(본인의 치료 선택권과 목적을 전문 의료종사자와 의논하였습니다. 법적으로 인정된 의사결정 대리인이 이 양식에 서명하는 경우, 아는 한도내에서, 이 양식에 기재된 환자에 대해 본인이 알고 있는 환자의 희망사항, 그리고 환자에게 가장 이익이 되는 조치와 일치하다는 것을 확인합니다)
	서명한 사람과 환자와의 관계	
	<input type="checkbox"/> 환자 본인 <input type="checkbox"/> 미성년자의 부모 <input type="checkbox"/> 건강 위임장(POA-HC)지정 대리인	
	<input type="checkbox"/> 건강 (의사결정) 후견인 Surrogate (자세한 우선 순위는 다음장 참고)	

F 필수 항목	자격이 있는 의료진. 의사, 자격증이 있는 레지던트(2년이상), advanced practice nurse, 또는 physician assistant (전자서명 유효)	
	권한을 부여 받은 의료진 이름 (필수) X	전화번호
권한있는 의료진 서명 (필수) 아는 한도내에서, 이 양식에 기재된 환자에 대해 본인이 알고 있는 환자의 희망사항, 그리고 환자에게 가장 이익이 되는 조치와 일치하다는 것을 확인 X	날짜 (필수)	

** 이 부분은 선택 항목입니다. 정보 목적으로만 사용하세요**

환자 성	환자 이름	MI
------	-------	----

일리노이 공중 보건국(IDPH)의 생명 유지 치료에 대한 의사 지시서(POLST) 양식은 자발적으로 작성합니다. 이 지시서는 환자의 선호도와 본인의 현재 건강상태에 따라 작성됩니다. 환자, 환자의 보호자, 그리고 의료 종사자들은 위 치료들이 환자의 희망사항을 반영했는지, 정기적으로 이 양식을 재검토 및 논의를 해야합니다. 새로운 희망사항에 따라 이 양식을 언제든 바꿀 수 있습니다.

어떤 양식도 모든 의학적 결정의 지시사항을 모두 다룰 수 없습니다. 건강대리인 위임장 (POA-HC)은 건강 상태와 상관 없이 모든 성인이 작성하시길 권장합니다. POA-HC 문서는 환자가 스스로 말하지 못할 경우, 지정된 법적 건강대리인이 나 대신 의료적 선택을 집행 할 수 있습니다.

사전 의료 지시서(Advanced Directives)는 이 양식을 완성함에 따라 환자들이 이용할 수 있습니다

<input type="checkbox"/> 건강 대리인 위임장 (Power of Attorney for Health Care)	<input type="checkbox"/> 생전 유언 계획서 (Living Will Declaration)	<input type="checkbox"/> 정신 건강 치료 계획서 (Declaration for Mental Health Treatment)	<input type="checkbox"/> 해당사항 없음
--	---	--	----------------------------------

전문 의료진 정보

작성자 이름	전화번호
작성자 직함	날짜

IDPH POLST 작성 완료할 때:

- POLST 양식을 작성하는 것은 언제나 자발적이며, 강요할 수 없고, 언제나 바꿀 수 있습니다.
- POLST 양식은 작성한 사람의 현재 선호도를 반영하며, 건강대리인 위임장 (POAHC) 양식 작성은 권장합니다.
- 환자 또는 법적대리인의 구두승인 혹은 전화로 하는 동의는 인정됩니다.
- 자격있는 의료진의 구두 혹은 전화 지시는 시설과 지역사회 정책에 따라 추후 서명을 하면 인정될 수 있습니다.
- 원본 양식 사용을 적극 권장합니다. 디지털 사본, 복사본, 팩스 사본, 그리고 어느 색깔의 종이도 모두 인정됩니다.
- 전자 사인도 적법하고 유효합니다.
- 자격있는 의료 종사자들은 일리노이 주 혹은 환자가 있는 곳에 면허증 혹은 자격증을 소지해야 합니다.

POLST의 재검토

이 POLST 양식은 정기적으로 환자의 필요와 선호도에 따라 재검토 해야 합니다. 다음과 같은 경우:

- 환자를 진료한 시설에서 다른 시설 또는 다른 단계로 옮기는 경우
- 환자의 건강 상태가 바뀌거나 이식 가능한 장치(예. 삽입형 제세동기/뇌심부자극술)를 삽입한 경우
- 환자의 치료 선호도가 바뀌는 경우, 그리고
- 환자의 1 차 친료 주치의가 바뀌는 경우

POLST의 변경과 취소

- 정신 능력이 있는 환자 (patient with capacity)는 언제든 다른 치료 요청 그리고 혹은, 이 양식을 취소 또는 변경할 수 있습니다.
- POLST 양식을 변경, 수정, 바꾸는 경우 새로운 POLST 양식 작성은 요구합니다.
- 취소한다는 의사를 문서로 확인하기 위해 항목 A부터 E 까지 줄로 긋고 "VOID"(취소)라고 적습니다.
- "VOID" 글자 밑에 변경 날짜와 재서명(re-sign)을 기입합니다.
- 만약 전자 의료 기록이 포함되어 있다면, 기관의 모든 취소 과정을 따라 주십시오.

일리노이 건강 (의사결정) 후견인 법적 우선순위 (Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25)Priority Order)

- 환자의 후견인 (Guardian)
- 환자의 배우자 혹은 동성 결혼에 따른 파트너
- 성인자녀
- 부모
- 성인 형제자매
- 성인 손자손녀
- 환자의 친한 친구
- 환자의 재산 (estate) 후견인
- 환자의 임시 관리인 (temporary custodian) appointed under subsection (2) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987 if the court has entered an order granting such authority pursuant to subsection (12) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987)

더 자세한 정보는 <https://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives.html>를 참고하세요.

HIPAA(Hipaa(Health Insurance Portability And Accountability Act of 1996)은 필요한 치료를 위해 전문 의료진들에게 공개를 허용합니다.