



라이프 케어 계획서

나의 가치, 나의 선택, 나의 진료

kp.org/lifecareplan

라이프 케어 계획서

나의 가치, 나의 선택, 나의 진료

성명: _____

의료 기록 번호: _____

소개

본 사전 의료 지시서를 통해 귀하의 가치, 선택, 그리고 향후 의료에 관한 지시 사항을 공유할 수 있습니다. 본 양식은 다음과 같이 사용할 수 있습니다.

- 신뢰하는 사람을 지명하여 귀하를 위한 의료 관련 결정을 내리게 합니다(귀하의 의료 대리인),
- 귀하의 향후 의료에 관한 지시 내용을 서면으로 제공합니다.
- 의료 대리인 지명 및 향후 의료에 대한 지시 내용을 서면으로 전달합니다.

파트 1에서는 의료 대리인을 지정합니다.

파트 2에서는 귀하에게 중요한 가치를 공유할 기회가 주어집니다.

파트 3에서는 향후 귀하의 의료에 관한 지시 사항을 서면으로 전달합니다.

파트 4에서는 귀하의 희망과 소망하는 바를 진술하여 담당 대리인의 의사 결정을 인도해 줍니다.

파트 5에서는 Virginia 주에서 귀하의 사전 의료 지시서에 대한 법적 유효성을 확립합니다.

파트 6에서는 귀하가 소망하는 바와 본 기록을 다른 사람과 공유하도록 준비합니다.

말기 질환 상태에 있는 개인은 담당의 및 증인 두 명의 입회 하에 구두로 사전 지시를 할 수 있습니다.

본 사전 의료 지시서는 귀하가 과거에 작성한 사전 의료 지시서를 대체합니다. 향후 지정 대리인을 취소 또는 변경하고자 할 경우, 취소 서면에 서명하고 날짜를 적거나, 해당 기록을 물리적으로 취소 또는 파기하거나, 귀하의 입회 하에 다른 사람으로 하여금 이를 수행하게 하거나, 해당 서류를 취소하고자 한다는 점을 구두로 표시해야 합니다. 귀하가 담당의에게 알리면 해당 취소는 효력을 갖게 됩니다.

성명: _____

의료 기록 번호: _____ 생년월일: _____

우편 주소: _____

주택 전화: _____ 휴대 전화: _____

직장 전화: _____ 이메일: _____



파트 1. 나의 의료 대리인

의료 대리인 선택하기: 귀하에 대해 잘 알고 있으며, 귀하의 관점과 가치를 존중할 것으로 믿으며, 스트레스가 많은 상황에서도 어려운 결정을 내릴 수 있는 사람을 선택합니다. 의료 대리인을 정한 후에는 충분한 시간을 가지고 해당인과 귀하의 관점과 진료 목적에 관해 이야기를 나누십시오.

만일 본인이 소망하는 바와 의료 결정에 대한 의사 소통을 할 수 없으며, 담당 의사와 다른 숙련된 의사 한 명 또는 임상 심리학자가 서면으로 본인이 의료에 관해 정보에 근거한 의사 결정을 할 수가 없다는 점을 언명할 경우, 본인은 본인이 바라는 바를 존중하고 본인의 의료에 대한 의사 결정을 할 수 있는 다음 사람을 선택합니다.

담당 의료 대리인은 본 문서의 본인 지시 사항 및 본인이 알린 소망 사항과 동일한 의료 선택을 해야 합니다. 담당 대리인이 본인이 바라는 바에 대해 모르고 있을 경우, 담당 대리인은 본인이 개인적으로 중요시하는 가치로 알고 있는 바를 고려하여 본인의 이익에 가장 부합한다고 판단하는 의료 결정을 내려야 합니다.*

본 양식이 담당 의료 대리인에게 재정적 또는 기타 사업 관련 결정을 내릴 권한을 부여하는 것은 아닙니다.

본인의 주 의료 대리인:

성명: _____ 본인과의 관계: _____
자택 전화: _____ 휴대 전화: _____
직장 전화: _____ 이메일: _____
우편 주소: _____

본인이 담당 주 의료 대리인의 권한을 취소하거나 담당 주 대리인에게 본인에 대한 의료 결정을 내릴 의향이나 능력 또는 합리적 수준의 시간적 여유가 없을 경우, 아래 사람들을 본인의 첫 번째 및 두 번째 대체 대리인으로 지정합니다.

첫 번째 대체 의료 대리인:

성명: _____ 본인과의 관계: _____
자택 전화: _____ 휴대 전화: _____
직장 전화: _____ 이메일: _____
우편 주소: _____

두 번째 대체 의료 대리인:

성명: _____ 본인과의 관계: _____
자택 전화: _____ 휴대 전화: _____
직장 전화: _____ 이메일: _____
우편 주소: _____

* 의료에 관한 의사 결정을 내리기 위한 이전 승인은 법원 명령을 제외한 다음 사항을 포함하지 않습니다:

1. 비치료적 멸균
2. 정신수술에 제한된 수술
3. 임신중절



담당 의료 대리인의 권한:

본인이 달리 진술하지 않는 한, 담당 의료 대리인은 본인이 본인을 대변하거나 스스로 결정을 내릴 수 없을 때 다음의 권한을 갖습니다.

- A. 해당 의료에 관해 본인에 대한 결정을 내립니다. 여기에는 검사, 약 및 수술에 관한 선택이 포함됩니다. 또한 경관 급식 및 정맥 주사 등을 포함하여 본인을 살리기 위한 모든 유형의 의료를 제공 또는 제공하지 않거나 중단하는 결정이 이에 포함됩니다.
- B. 의사 결정에 필요한 본인의 의료 기록을 검토하고 공개합니다.
- C. 본인에게 의료를 제공할 의사, 의료 서비스 제공자 및 기관을 결정합니다.
- D. 조사와 교육 용도의 전신, 기관, 조직 및/또는 안구 기증에 관해 준비하고 의사 결정을 내립니다.

담당 의료 대리인에게 추가로 부여하는 권한은 다음과 같습니다:

담당 대리인이 다음 권한을 갖게 되기를 원하는 경우 아래의 상자에 체크 표시하십시오:

- 본인의 결혼 또는 동거가 소멸, 무효 또는 종료가 완료된 경우에도 담당 대리인이 본인의 의료 대리인으로 남아 있기를 원합니다.

이전 섹션에 대한 추가 의견이나 제한 사항을 제공해 주십시오. (예를 들어, 귀하를 대신하여 의사 결정에 참여 혹은 참여하지 않기를 원하는 사람을 지정할 수도 있습니다. 또한 담당 대리인이 내리지 않기를 원하는 결정 사항을 명시할 수도 있습니다.) 필요하다면 추가로 페이지를 첨부하십시오.



파트 2. 나의 가치

나는 의료 대리인과 사랑하는 사람들이 나의 정체성과 나에게 중요한 의미를 지니는 바와 일치하는 의료 서비스를 선택할 수 있도록 나에게 가장 중요한 가치를 이해하기를 원합니다.

나에게 가장 중요한 것이 무엇인지 알 수 있도록 어떻게 시간을 보내는지, 함께 있고 싶은 사람 그리고 좋아하는 활동 등 나에 관해 몇 가지를 알려 주고 싶습니다. 또한 나에게 삶이 더 이상 의미가 없어지는 상황에 관해 알려주고자 합니다.

1. 좋은 하루를 보내고 있다면, 나는 다음을 하고 싶을 것입니다.

2. 나에게 가장 중요한 것은 다음과 같습니다.

3. 만일 내가 다음을 할 수 없을 경우 삶은 더 이상 살아갈 의미가 없을 것입니다:



파트 3. 나의 의료에 관한 지시 사항: 나의 선택, 나의 의료

아래 상황에서는 예측하지 못한 갑작스러운 일에 관해 고려하기를 요청합니다. 할 수 있을 경우 귀하는 항상 자신을 대변합니다. 이러한 상황에서는 자신을 대변할 수 없게 됩니다.

의사소통을 할 수 없거나 스스로 선택할 수 없을 경우 아래에 기재된 바와 같이 담당 의료 대리인이 본인의 선택을 대변하고 담당 의사와 의료진은 이를 존중해 줄 것을 요청합니다. 담당 의료 대리인이나 대체 대리인이 본인을 대신하여 선택하기 위한 시간적 여유가 없거나 이를 할 수 없을 경우, 본 문서가 본인의 소망하는 바를 나타냅니다.

주의: 서면으로 지시 사항을 전달하지 않을 경우 담당 의료 대리인은 귀하가 구두로 알린 소망 사항에 근거하여 의사 결정을 하게 됩니다. 귀하가 소망하는 바를 모를 경우 담당 대리인은 귀하의 가치를 고려하여 귀하의 이익에 가장 부합할 것으로 판단되는 바를 기준으로 의사 결정을 하게 됩니다.

1. 연명 치료

다음 상황을 염두에 두십시오.

귀하에게 갑작스러운 사고나 뇌졸중이 발생했습니다.

의사는 귀하에게 뇌 손상 진단을 내렸으며, 귀하 자신이나 사랑하는 이들을 알아볼 수 없게 되었습니다. 의사가 담당 대리인 및/또는 가족에게 귀하가 이러한 능력을 회복하는 것은 기대할 수 없음을 알렸습니다. 귀하를 살리려면 산소 호흡기(즉, 호흡 기계)나 경관 급식 등의 생명 유지 치료가 필요합니다. 이러한 상황에서 어떻게 하기를 원하십니까?

본인은 편안하게 지내면서 다음을 원합니다:

- 다음 중 하나 선택
- 본인은 생명 유지 치료를 중단하기를 원합니다. 본인은 이로 인해 치료를 받아야 하는 경우보다 더 일찍 사망할 가능성이 높다는 것을 인지하고 있습니다.
 - 본인은 최대한 오랫동안 계속해서 생명 유지 치료를 받고자 합니다.

생명 유지 치료에 관한 추가 지시 사항을 제공해 주십시오. 예를 들어, 본인 건강에 변화가 없을 경우 살아 있고자 하는 특정 기간을 명시할 수도 있습니다.



2. CPR(심폐 소생술)

심폐 소생술(Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)은 귀하의 심장과 호흡이 멈췄을 때 귀하를 소생시키기 위한 시도입니다. 흉부 압박(심장이 수축하도록 흉부를 강하게 누르는 것), 약물, 전기 충격 및 호흡관 등이 이에 포함될 수도 있습니다.

귀하는 CPR에 관해 선택할 수 있습니다. CPR로 생명을 살릴 수 있습니다. 이는 대부분의 사람들이 생각하는 것처럼 효과적이지는 않습니다. CPR은 건강한 성인에게 수 분 이내에 신속히 수행할 경우에 가장 큰 효과가 있습니다. CPR 수행 시 갈비뼈 골절이나 폐 천공, 산소 부족으로 인한 뇌 손상으로 이어질 수 있습니다.* CPR에 관한 자세한 정보를 원할 경우 **CPR: 나의 선택**이라는 책자를 요청해 주십시오.

심장과 호흡이 멈췄을 경우 어떻게 하기를 원하십니까?

- 다음 중 하나 선택
- 본인은 언제나 CPR을 시도하기를 원합니다.
 - 본인은 CPR을 시도하는 것을 결코 원하지 않으며 자연사를 허락하고자 합니다.†
 - 본인을 치료하는 해당 의사가 다음 중 그 어떤 결정을 내리지 않는 한 본인은 CPR을 시도하기를 원합니다.

- 본인은 치료할 수 없는 질병 또는 상해를 당했으며 죽어가고 있습니다, 또는
- 본인의 심장이나 호흡이 멈춘 경우 본인에게는 합리적 수준의 생존 기회가 없습니다
- 심장이나 호흡이 멈춘 경우 생존 가능성이 낮으며 소생술 과정으로 인해 큰 통증이 유발될 것입니다.

* 조사 결과 병원에서 CPR을 받는 경우 효과가 있어 살아서 병원을 나갈 확률이 22%인 것으로 나타났습니다.

Ehlenbach, W., Barnato, A. E., Curtis, J. R. 외(2009). 노년층에서의 병원 내 심폐소생술에 대한 역학 조사. *New England Journal of Medicine*, 361:22-31. Girotra, S., Brahmajee K., Nallamothu, M.D. 외(2012). 심장 마비 발생 이후의 생존 경향. *New England Journal of Medicine*, 167:1912-20.

† 확실하게 CPR을 원하지 않을 경우 작성하고자 하는 기타 서류에 관해 담당 의사와 논의하십시오.



파트 4. 나의 희망과 바람(선택 사항)

1. 죽음을 맞이하고자 하는 곳에 관한 나의 생각과 느낌:

2. 본인의 죽음이 다가올 경우 본인은 위안과 지원(기도, 의식, 음악 등)을 위해 다음에 감사할 것임을 사랑하는 사람들에게 알리고자 합니다.

3. 종교 또는 영적 단체 가입:

본인은 _____ 신앙을 지녔으며 (신앙 영적 단체) _____ 의 회원입니다. 이 단체는 _____ 에 소재하며, 전화 번호는 _____ 입니다. 본인의 병세가 심각하거나 죽어갈 경우 담당 대리인이 이 단체에 알리기를 원합니다. 가능한 경우 장례식에는 다음을 포함하고자 합니다(사람, 음악, 의식 등).

4. 기타 바람/지시 사항:

장기 기증

사후 장기 기증에 대한 관심이 있을 경우, 운전면허증 발급이나 갱신 시 또는 <http://www.donatelifevirginia.org/> 에서 확인 가능한 장기 기증 등록소에 등록해 기증 여부를 표명할 수 있습니다.



파트 5. 본 문서의 법적 효력 확보

Virginia 주에서 귀하의 사전 의료 지시서에 대한 법적 효력을 확보하려면 성인 증인 두 명의 서명을 받아야 합니다.

증인 두 명

1. 18세 이상, 배우자, 기타 가족 또는 의료 서비스 제공자.
2. 해당 증인과 함께 있을 때 서명하거나 귀하의 서명에 대한 확인을 받으십시오.
3. 귀하는 아래에 서명합니다.
4. 증인은 9 페이지에 서명합니다.

본인 서명

성명(정자체): _____

서명: _____ 날짜: _____



라이프 케어 계획서

나의 가치, 나의 선택, 나의 진료

성명: _____

의료 기록 번호: _____

증인 선언문:

본인은 다음과 같이 표명하며 위증 시 Virginia 주 법에 따라 처벌받게 됨을 이해합니다:

1. 본 사전 의료 지시서에 서명하고 이를 승인한 사람은 본인이 개인적으로 알고 있거나 유력한 증거에 의해 본인에게 해당인의 신분을 입증하였습니다.
2. 해당인은 본인의 입회 하에 본 사전 의료 지시서에 서명했거나 이를 승인했습니다.
3. 해당인은 정신이 건강하고 강압, 사기 또는 부당한 압박 상태에 있지 않는 것으로 보입니다.

1번 증인:

성명(정자체): _____

주소: _____

서명: _____ 날짜: _____

2번 증인:

성명(정자체): _____

주소: _____

서명: _____ 날짜: _____



파트 6. 다음 단계

이제 사전 의료 지시서 작성을 완료했으므로 다음 단계 또한 완료해야 합니다.

논의하십시오.

1. 담당 의료 대리인으로 요청한 사람과 함께 귀하가 의료 서비스에 관해 소망하는 바를 검토하십시오(이미 마치지 않은 경우). 대리인이 향후 귀하를 위해 이 중요한 일을 수행할 수 있다고 생각하는지 확인하십시오.
2. 귀하의 병세나 부상 상태가 심각할 경우 관여할 수 있는 다른 가족이나 절친한 친구와 상의하십시오. 이들이 담당 의료 대리인과 귀하의 소망 사항에 대해 알고 있는지 확인하십시오.

사본을 제공하십시오.

1. 담당 의료 대리인에게 사전 의료 지시서 사본 한 부를 전달하십시오.
2. 담당 의사나 해당 지역 Kaiser Permanente 의료 기록 부서에 해당 사전 의료 지시서 한 부를 전달하십시오.
3. 본인용 사본 한 부를 만들어 쉽게 찾을 수 있는 곳에 보관하십시오.

직접 지참하십시오.

1. 귀하가 병원 또는 요양소로 가는 경우, 해당 사전 의료 지시서 한 부를 지참하고 이를 귀하의 의료 기록에 포함하도록 요청하십시오.
2. 장기간 집을 떠나게 될 때는 항상 사본 한 부를 지참하십시오.

수시로 검토하십시오.

1. "다섯 개의 D"가 발생할 때마다 귀하가 의료 서비스에 관해 소망하는 바를 검토하십시오:

십 년(Decade) — 십 년마다 새로운 인생을 시작할 때

사망(Death) — 사랑하는 사람의 사망을 겪을 때

이혼(Divorce) — 이혼이나 기타 중대한 가족의 변화를 겪을 때

진단(Diagnosis) — 심각한 건강 질환을 진단받을 때

쇠퇴(Decline) — 기존 건강 질환에 대한 상태가 현저히 쇠퇴하거나 악화된다고 느낄 때, 특히 혼자 힘으로 살아갈 수 없을 때

사전 의료 지시서 변경:

귀하가 소망하는 바를 바꾸게 될 경우 사전 의료 지시서를 새로 작성하여 의료 대리인과 귀하 가족에게 알리고 사본을 Kaiser Permanente에 전달하십시오.

본 문서의 사본은 다음 사람에게 전달됩니다.

- | | | |
|------------------|-----------|-------------|
| • 1 차(주) 의료 대리인 | 성명: _____ | 전화번호: _____ |
| • 대체 의료 대리인 #1 | 성명: _____ | 전화번호: _____ |
| • 대체 의료 대리인 #2 | 성명: _____ | 전화번호: _____ |
| • 의료 서비스 제공자/클리닉 | 이름: _____ | 전화번호: _____ |
| • 기타: | 이름: _____ | 전화번호: _____ |



주의:

주의:

주의:

라이프 케어 계획서

나의 가치, 나의 선택, 나의 진료

추가 지원이 필요하십니까?
kp.org/lifecareplan

kp.org

