



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 1 의료 대리인을 지명합니다.

파트 2 귀하에게 큰 가치를 지닌 것을 나눌 기회를 제공합니다.

파트 3 대리인에게 향후 귀하의 의료 관련 지시 내용을 전달합니다.

파트 4 귀하가 희망 및 바라는 바를 명시함으로써 의료 대리인의 의사 결정을 안내합니다.

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

파트 6 귀하의 바람과 본 기록을 다른 사람과 공유하도록 준비합니다.

말기 질환 상태에 있는 사람은 담당의나 임상 간호사 및 한 명의 증인의 존재 하에 구두로 사전 지시를 할 수 있습니다.

본 사전 의료 지시서는 귀하가 과거에 작성한 사전 의료 지시서를 대체합니다. 향후 지명한 대리인을 취소 또는 변경하고자 할 경우, 취소 서류에 서명하고 날짜를 적거나, 기록을 물리적으로 취소 또는 파기하거나, 귀하의 존재 하에 다른 사람이 기록을 취소 또는 파기하게 하거나, 의료 서비스 제공자 및 증인에게 해당 서류를 취소하고자 한다는 점을 구두로 표시하거나, 사전 지시서를 새로 작성해야 합니다. 귀하가 담당의에게 알리면 해당 취소는 효력을 갖습니다.

성명: _____

의료 기록 번호: _____ 생년월일: _____

우편 주소: _____

자택 전화: _____ 휴대 전화: _____

직장 전화: _____ 이메일: _____



파트 1. 나의 의료 대리인

의료 대리인 선택: 귀하에 대해 잘 알고 있으며, 귀하의 관점과 가치를 존중한다고 신뢰하며, 스트레스가 많은 상황에서도 어려운 결정을 내릴 수 있는 사람을 선택합니다.

의료 대리인을 정한 후에는 충분한 시간을 가지고 귀하의 관점과 의료 목적에 관한 이야기를 나누십시오.

만일 본인이 희망하는 바와 의료 결정에 대한 의사 소통을 할 수 없으며, 담당 의사와 다른 의사 한 명이 서면으로 본인이 의료에 관해 정보에 근거한 의사 결정을 할 수가 없다는 점을 언명할 경우, 본인은 본인의 바람을 존중하고 본인 의료에 대한 의사 결정을 할 수 있는 다음 사람을 선택합니다.

의료 대리인은 본 문서의 지시 내용 및 본인이 알린 바람과 동일한 의료 결정을 해야 할 의무를 지닙니다. 의료 대리인이 내가 바라는 바를 알지 못하는 경우, 의료 대리인은 내가 중요시 여기는 가치를 고려하여 나의 이익에 가장 부합한다고 판단하는 의료 결정을 내려야 할 의무를 지닙니다.

본 양식은 담당 의료 대리인에게 재정 또는 기타 사업 관련 결정을 내릴 권한을 부여하지 않습니다.

본인의 주 의료 대리인:

성명: _____ 본인과의 관계: _____

자택 전화: _____ 휴대 전화: _____

직장 전화: _____ 이메일: _____

우편 주소: _____

본인이 주 의료 대리인의 권한을 취소하거나 주 대리인에게 대리인으로서의 의향 또는 능력이 없을 경우, 아래 사람들을 나의 첫 번째 및 두 번째 대체 대리인으로 지명합니다.

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: _____



본인의 의료 대리인의 권한:

본인이 달리 진술하지 않는 한, 의료 대리인은 내가 나의 생각을 말하거나 결정을 내릴 수 없을 때 다음의 권한을 갖습니다.

- A. 본인의 의료에 있어 본인을 대신해 결정을 내립니다. 여기에는 검사, 의약품 및 수술에 관한 결정이 포함됩니다. 또한 본인을 살리기 위한 모든 유형의 의료뿐만 아니라 경관 급식 및 수액을 제공 또는 제공하지 않거나 중단하는 결정이 이에 포함됩니다.
- B. 의사 결정을 내리기 위해 필요한 본인의 의료 기록을 검토하고 공개합니다.
- C. 본인에게 의료를 제공할 의사, 의료 서비스 제공자 및 기관을 결정합니다.
- D. 본인의 사후 신체 처리(부검 포함)에 관한 준비 및 의사 결정을 내립니다.

배우자 또는 동거인을 의료 대리인으로 지명했으며, 결혼 또는 동거를 종료하는 경우에도 대리인의 의무 수행을 원할 경우 아래 박스에 표시합니다.

- 나는 해당 결혼이나 동거를 해체, 무효화 또는 종료하는 경우에도 대리인이 의료 대리인으로 남아 있기를 원합니다.

추가 의견이나 이전 섹션에 대한 제한 사항을 제공해 주십시오. (예를 들어, 귀하를 대신하여 의사 결정에 참여 혹은 참여하지 않기를 원하는 사람을 지명할 수도 있습니다. 또한 의료 대리인이 하지 않기를 원하는 선택 사항을 구체적으로 명시할 수도 있습니다.) 필요하다면 페이지를 추가로 첨부합니다.

이 부분의 유효성

(이 두 가지 설명을 모두 읽은 후 둘 중 하나에 이름 첫 글자를 기재하십시오.)

대리인의 권한이 유효한 경우는 아래와 같습니다:

_____ 1. 본인은 이 문서에 서명한 직후, 본인이 원하고 할 수 있는 경우 본인의 의료에 관한 모든 결정을 내릴 권리에 따라.

(또는)

_____ 2. 본인의 치료를 담당하는 의사(주치의)가 내가 이러한 능력을 **일시적으로** 상실했다고 판단하거나 주치의와 자문 의사가 내가 이러한 능력을 **영구적으로** 상실했다고 동의하여 내가 의료에 대한 결정을 내릴 수 없는 경우.



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 의료 지시: 나의 선택, 나의 의료

아래와 같은 상황에서 예측하지 못한 갑작스러운 일에 관해 생각해 두기를 요청합니다. 능력이 있다면 귀하는 항상 자신을 대변하게 됩니다. 아래와 같은 상황에서 자신을 대변할 수 없을 경우 어떻게 하기를 원하는지에 관해 생각해 보십시오.

만약 의사소통을 할 수 없거나 스스로 결정을 내리지 못하게 된다면, 아래에 상세하게 적힌 바와 같이 의료 대리인이 본인의 선택을 대변하고 담당 의사와 의료팀은 해당 선택에 대해 존중해 줄 것을 요청합니다. 만일 의료 대리인이나 대체 대리인이 역할을 할 수 없거나 본인을 대신하여 선택할 수 없는 경우, 본 문서가 본인의 소망하는 바를 대신합니다.

주의: 서면 지시를 선택하지 않을 경우 의료 대리인은 귀하가 구두로 알린 소망 사항에 근거하여 결정을 내릴 것입니다. 소망하는 바가 알려지지 않은 경우 의료 대리인은 귀하의 가치에 관해 생각하면서 귀하에게 최상의 이익이 될 것으로 판단되는 바를 기준으로 의사 결정을 하게 됩니다.

1. 연명 치료

다음 상황을 염두에 두십시오.

갑작스러운 사고를 당하거나 뇌졸중이 발생했습니다.

의사는 뇌 손상 진단을 내렸으며, 귀하 자신이나 사랑하는 이들을 알아볼 수 없게 되었습니다. 의사가 의료 대리인 및/또는 가족에게 이러한 능력의 회복을 기대할 수 없음을 알렸습니다. 생명을 유지하려면 산소 호흡기(즉, 호흡 기계)나 경관 급식과 같은 생명 유지 치료가 필요합니다. 이러한 상황에서 무엇을 원하십니까?

나는 편안한 상태 유지와 다음을 원합니다.

- 다음 중 하나 선택
- 생명 유지 치료를 중단하기를 원합니다. 이를 통해 살아 있게 하는 치료를 받는 경우보다 더 일찍 사망으로 이어질 가능성이 높다는 점을 인지하고 있습니다.
 - 최대한 오랫동안 생명 유지 치료를 계속하기를 원합니다.

생명 유지 치료에 관한 추가 지시 내용을 제공해 주십시오. 예를 들어, 건강에 변화가 없을 경우 생명을 유지하고자 하는 특정 기간을 명시할 수도 있습니다.



2. CPR(심폐소생술)

심폐소생술(Cardiopulmonary Resuscitation, CPR)은 귀하의 심장과 호흡이 멈췄을 때 소생시키기 위한 시도입니다. 여기에는 흉부 압박(심장이

수축하도록 가슴을 강하게 누르는 것), 약물, 전기 충격 및 호흡관 등이 포함될 수도 있습니다.

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

심장과 호흡이 멈췄을 경우 어떻게 하기를 원하십니까?

- 다음 중 하나 선택
- 항상 CPR을 시도하기를 원합니다.
 - CPR을 시도하는 것을 결코 원하지 않으며 자연사를 허락하고자 합니다.†
 - 의료적 처치를 시행하는 의사가 다음 중 그 어떤 결정을 내리지 않는 한 CPR을 시도하기를 원합니다.
 - 치료할 수 없는 질병 또는 상해를 당했으며 죽어가고 있습니다
 - 심장이나 호흡이 멈춘 경우 생존할 수 있는 합리적인 가능성이 없습니다
 - 심장이나 호흡이 멈춘 경우 생존할 수 있는 가능성이 낮으며 CPR 과정에서 큰 통증을 유발할 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.

† CPR을 원하지 않음이 확실할 경우 담당 의사와 함께 작성하고자 하는 기타 서류를 제시하십시오.



파트 4. 나의 희망과 바람(선택 사항)

1. 죽음을 맞이하고자 하는 곳에 관한 나의 생각과 느낌:

2. 나는 죽음이 멀지 않을 경우 위안과 지원(기도, 의식, 음악 등)을 위해 다음에 감사할 것임을 사랑하는 사람들에게 알리고자 합니다.

3. 종교 또는 영적 단체 가입:

나는 _____ 신앙을 지녔으며 신앙/영적 단체 _____ 의 회원입니다. 이는 도시 _____ 에 소재하며, 전화번호는 _____ 입니다. 나는 병세가 심각하거나 죽어가는 상황일 경우 의료 대리인이 단체에 알리기를 원합니다. 가능한 경우 장례식에는 다음을 포함하고자 합니다(사람, 음악, 의식 등).

4. 기타 바람/지시 사항:

장기 기증

사후 장기 기증을 고려하고 있는 경우, 운전면허증 발급이나 갱신 시 또는 <http://www.donatelifemaryland.org/> 에서 확인 가능한 장기 기증 등록소에 등록해 기증 의사를 표명할 수 있습니다.



파트 5. 본 문서의 법적 효력 확보

Maryland에서 사전 의료 지시서의 법적 효력을 확보하려면 성인 증인 두 명의 서명을 받아야 합니다.

증인 두 명

1. 증인은 의료 대리인이 될 수 없으며, 증인 중 최소 한 명은 귀하가 사망 시 재정 혜택에 대한 권리를 가질 수 없습니다.
2. 증인과 함께 있을 때 서명하거나 귀하의 서명을 확인하십시오.
3. 증인은 9페이지에 서명하게 됩니다.
4. 귀하는 아래에 서명하게 됩니다.

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 Maryland 주 법에 따라 처벌받게 됨을 이해합니다:

1. 본 사전 의료 지시서에 서명하고 이를 확인한 개인은 본인이 개인적으로 알고 있는 사람이거나 해당인의 신분을 유력한 증거에 의해 본인에게 입증하였습니다.
2. 해당인은 본인의 존재 하에 사전 의료 지시서에 서명하거나 이를 확인했습니다.
3. 해당인은 정신이 건강하고 구속, 사기 또는 부당한 압박 상태에 있지 않는 것으로 보입니다.
4. 본인은 본 사전 의료 지시서에 의해 대리인으로 임명되지 않았습니다.

1번 증인:

성명(정자체): _____

주소: _____

서명: _____ 날짜: _____

2번 증인:

성명(정자체): _____

주소: _____

서명: _____ 날짜: _____

증인 중 최소 한 명은 해당인의 사망 시 해당인의 재산에 대한 수익금이나 어떠한 재정 혜택도 받을 권리를 가지고 있지 않아야 합니다. 해당인 재산에 대한 수익금을 받을 권리를 갖고 있지 않을 경우 본 란에 이름 첫 글자를 기재하십시오 _____.



파트 6. 다음 단계

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

논의하십시오.

1. 의료 대리인으로 요청한 사람과 함께 의료 서비스에 관해 소망하는 바를 검토하십시오(그렇게 하지 않은 경우). 향후 대리인이 귀하를 위해 이 중요한 역할 수행이 가능하다고 생각하는지 확인하십시오.
2. 귀하의 병세나 부상 상태가 심각할 경우 관여할 수 있는 다른 가족이나 절친한 친구와 상의하십시오. 이들에게 담당 의료 대리인이 누구인지, 그리고 귀하가 소망하는 바가 무엇인지 이해하고 있는지를 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, 사전 의료 지시서 한 부를 지참하여 귀하의 의료 기록에 포함하도록 요청하십시오.
2. 장기간 집을 떠나게 될 때는 항상 사본 한 부를 지참하십시오.

자주 검토하십시오.

1. "5개의 D"가 발생할 때마다 귀하가 의료 서비스에 관해 소망하는 바를 검토하십시오:

십 년(Decade) — 인생의 매번 새로운 10년을 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

