

오리건 의료 서비스 사전 의료 지시서 관련 지침

I. 소개

이 지침은 오리건 의료 서비스에 대한 사전 의료 지시서 작성을 돕는 것을 목적으로 합니다. 여러 사람들이 가지고 있을 수 있는 관련 질문에 대한 답변을 제공합니다.

오리건 사전 의료 지시서의 목적은 무엇입니까?

이는 법정 서식입니다. 이 서식으로 귀하는 다음을 하실 수 있습니다.

1. 귀하가 자신에 대한 의료 서비스 관련 결정을 내리지 못할 경우 그 결정을 내릴 사람을 지명합니다.
2. 대리인들에게 알린, 의료 서비스에 대한 귀하의 목표와 희망하는 바를 기재합니다. 이는 미래에 귀하가 그들에게 그와 같은 사항을 표현할 수 없는 경우에 해당됩니다.

오리건 사전 의료 지시서는 누구를 대상으로 합니까?

이는 오리건에 거주하는 18세 이상의 성인을 대상으로 합니다.

의료 서비스 대리인은 무엇이고 그들의 역할은 무엇입니까?

이는 귀하가 자신에 대한 의료 서비스 관련 결정을 내리지 못할 경우 그 결정을 내리도록 귀하가 선택한 사람입니다. 대리인은 귀하가 귀하에 대한 의료 서비스 관련 결정을 내릴 수 없다고 의료 서비스 제공자가 판단한 경우에 한하여 그와 같은 결정을 내릴 수 있습니다.

귀하의 희망 사항, 가치, 목표를 따르는 것이 바로 귀하의 의료 서비스 대리인의 역할입니다. 그들과 귀하의 희망사항에 대해 이야기하십시오. 귀하는 사전 의료 지시서를 사용하여 이런 논의를 시작할 수 있습니다.

귀하가 할 수 있는 가장 중요한 것 중 하나는 의료 서비스 대리인을 선택하는 것입니다. 이는 귀하의 희망사항이 존중될 수 있도록 하기 위함입니다. 그들이 귀하가 희망하는 바가 무엇인지를 알도록 그들과 이야기하십시오.

II. 사전 의료 지시서 작성하기

오리건 사전 의료 지시서에는 어떤 내용이 있습니까?

7개 섹션이 있습니다. 각 항에 대하여 더 자세한 내용은 다음과 같습니다.

섹션 1. 본인에 대해.

귀하의 현재 연락 정보로 이 섹션을 작성하십시오.

섹션 2. 본인의 의료 서비스 대리인

이 항목에서는 한 명 이상의 의료 서비스 대리인을 지명합니다. 귀하는 최대 3명까지 지명할 수 있습니다. 다음 사람들이 이에 해당됩니다.

- 주 의료 서비스 대리인
- 1차 대체인
- 2차 대체인

귀하의 의료 서비스 제공자 또는 귀하가 서비스를 받고 있는 보건의료 시설의 소유자, 운영자, 또는 직원은 귀하가 선택하는 의료 서비스 대리인이 될 수 없습니다. 추가 정보는 [ORS 127.505 https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html](https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html)에서 확인할 수 있습니다.

각 의료 서비스 대리인의 현재 연락 정보를 기재합니다. 귀하가 스스로 이야기할 수 없을 때 귀하의 의료 서비스 제공자가 대리인에게 연락이 가능한 상태에 있는 것이 중요합니다.

귀하의 의료 서비스 대리인에 대한 추가 사항은 다음과 같습니다.

- 각각의 사람이 이 역할을 수락하는 데에 반드시 동의해야 합니다.

- 어떤 시점에든 한 사람만이 귀하를 대변할 수 있습니다. 귀하의 주 의료 서비스 대리인이 역할을 할 수 없는 경우, 그 역할은 1차 대체인에게, 그 다음에는 2차 대체인에게 넘어갑니다.
- 그들이 귀하의 의료 기록을 볼 수 있도록 허락해야 합니다. 이를 처리하는 방법에 대한 질문을 하려면 의료 서비스 제공자 사무실에 전화하십시오.

귀하가 의료 서비스 대리인을 지명하지 않을 경우, 귀하가 결정을 내릴 수 없을 때 귀하에 대한 결정을 내릴 사람은 오리건 주 법률에 규정되어 있습니다. 추가 정보는 [ORS 127.635 \[2\] https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html](https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html)에서 확인할 수 있습니다.

섹션 3. 본인의 의료 서비스에 대한 지시 사항

이 섹션은 귀하의 진료에 대한 귀하의 희망사항, 가치, 목표를 표현하는 곳입니다. 이 항목은 귀하의 의료 서비스 대리인과 대화할 수 있도록 도움을 주는 질문을 포함하고 있습니다. 이 항목은 대리인과 귀하의 의료 서비스 제공자에게 지침을 주기도 합니다.

귀하의 답변은 귀하의 의료 서비스 제공자가 귀하의 희망사항에 부합되는 진료를 제안할 수 있게 도움을 줄 수 있습니다. 귀하가 보건 의료 대리인을 선택하지 않았더라도 해당됩니다.

섹션 3에는 3개 영역에 대한 질문이 있습니다.

1. 본인의 의료 서비스 결정. 오리건 사전 의료 지시서에는 귀하가 각각 받고자 하는 생명구조 유형에 대한 의사를 표시할 수 있는 3개 항목이 포함되어 있습니다. 여기에는 다음과 같은 것들이 있습니다.

- 1) 귀하가 말기 질환이 있는 경우
- 2) 귀하가 진행성 질병이 있는 경우 또는
- 3) 귀하가 영구 의식불명인 경우

이에 대한 규정은 [ORS 127.505 및 ORS](#)

[127.635\(https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html\)](https://www.oregonlegislature.gov/bills_laws/ors/ors127.html)에서 확인할 수 있습니다.

장애를 가지고 생활하는 것은 진행성 질병이 있는 것과 동일하지 않습니다.

귀하는 귀하가 받고 싶거나 받고 싶지 않은 생명구조 유형을 선택해야 합니다. 아니면 귀하의 의료 서비스 대리인이 귀하에 대한 결정을 내리도록 선택할 수 있습니다.

2. 본인에게 및 귀하를 위해 가장 문제가 되는 사항. 여기에서는 귀하에게 귀하의 삶에 대해 가장 중요한 것과 삶에 대해 귀하가 가장 소중하게 생각하는 바를 이야기할 수 있는 항목입니다. 귀하는 귀하가 받을 돌봄의 측면에서 귀하에게 중요한 바를 표현할 수도 있습니다. 귀하는 (만약 있다면) 어떤 경우 연명 처치를 원하지 않는지를 표현할 수 있습니다.

3. 본인의 영적인 신념. 많은 사람들의 경우, 인생의 마지막은 매우 영적인 시간입니다. 이 항목은 귀하의 영적인 또는 종교적인 신념을 표현할 수 있는 곳입니다. 귀하는 귀하가 받는 진료가 귀하의 희망사항과 부합될 수 있도록 하기 위해, 이러한 것들이 귀하의 의료 서비스에 대한 결정에 어떻게 영향을 미칠 수 있는지도 표현할 수 있습니다.

섹션 4. 추가 정보

이 항목은 귀하의 진료 지침에 대한 추가 정보를 추가할 수 있습니다. 여기에는 4가지 영역에 대한 질문이 포함됩니다.

1. 삶과 가치. 귀하의 의료 서비스 제공자와 대리인이 귀하의 삶, 가치, 희망사항에 대해 더 많이 알기를 원할 때에도 이를 사용하십시오. 귀하는 귀하의 특정한 것을 원하는 이유를 알려주실 수도 있습니다.

2. 돌봄 장소. 이 항목은 귀하가 돌봄을 받을 수 있는 곳에 대하여 선택한 바가 있는 경우 귀하가 원하는 바를 표현할 수 있는 곳입니다. 예를 들어, 어떤

사람들은 집에서 돌봄을 받기를 강력히 원합니다. 다른 사람들은 병원에 있기를 원할 수 있습니다.

3. **기타.** 귀하는 이 서식에 문서를 첨부하여 귀하의 의료 서비스 제공자와 대리인에게 지침을 주는 데에 도움을 줄 수 있습니다. 여기에는 다음과 같은 것이 있을 수 있습니다.

- 귀하의 가치를 표현하는 것으로 귀하가 서면으로 작성한 문서
- 귀하가 현재 받는 진료의 유형이 무엇인지에 대한 정보. 이는 장애가 있는 사람들 또는 만성적 건강 상태를 가지고 살아가는 사람들에게 중요할 수 있습니다.
- 귀하가 알리고자 하는 일체의 기타 정보

4. **다른 사람들에 대한 정보.** 이 항목에서 귀하는 귀하의 의료 서비스 대리인 및 제공자가 귀하의 건강 상태와 진료에 대해 논의할 수 있는 사람들을 열거할 수 있습니다. 이 사람들은 귀하의 진료에 대해 어떤 결정도 내리는 것이 허용되지 않습니다. 귀하의 의료 서비스 대리인만 이를 할 수 있습니다.

섹션 5, 6, 7.

섹션 5는 귀하가 서식에 서명하는 곳입니다.

섹션 6에서는 다음 중 하나를 실시합니다.

- 두 명의 참관인이 반드시 서식에 서명해야 합니다. 귀하의 의료 서비스 대리인이나 제공자는 참관인이 될 수 없습니다. 또는
- 공증인이 반드시 서식에 서명해야 합니다.

섹션 7에서는, 귀하의 의료 서비스 대리인이 반드시 역할을 수락해야 합니다. 이 서식에 서명하거나 누군가에게 자신들이 귀하의 의료 서비스 대리인이 되는 의무를 수락했음을 이야기함으로써 이와 같이 할 수 있습니다.

모든 섹션을 작성하지 않으면 어떻게 됩니까?

본 서식의 모든 섹션을 작성하는 것이 가장 도움이 됩니다. 여전히, 귀하는 측정 항목만 작성하기로 선택할 수 있습니다.

귀하의 오리건 사전 의료 지시서가 합법적이면서도 유효하도록 보장하기 위해 다음과 같은 것이 필요합니다.

유효하기 위해:	해당 섹션은 무엇입니까?
귀하의 이름, 생년월일, 주소, 기타 연락 정보를 반드시 기재해야 합니다.	섹션 1
각 의료 서비스 대리인에 대하여 이름, 주소, 기타 연락 정보를 반드시 기재해야 합니다.	섹션 2
귀하는 반드시 서명하고 날짜를 기재해야 합니다.	섹션 5
이 서식은 반드시 두 명의 참관인이 서명하거나 공증인이 서명해야 합니다.	섹션 6
각 의료 서비스 대리인은 반드시 그 역할을 수락해야 합니다. 그들은 서명하거나 누군가에게 자신들이 귀하의 의료 서비스 대리인이 되는 역할과 의무를 수락했음을 이야기함으로써 이와 같이 할 수 있습니다.	섹션 7

귀하의 사전 의료 지시서가 유효하도록 하기 위해 섹션 3과 4를 작성하실 필요는 없습니다.

그러나 이런 항목들을 작성하는 것이 귀하의 의료 서비스 제공자에게 귀하가 받기를 희망하는 진료에 대한 지침을 줄 수 있습니다. 귀하가 보건 의료 대리인을 선택하지 않더라도 해당됩니다.

III. 추가 정보

본인에게 장애가 있는 경우 어떻게 됩니까?

귀하에게 장애가 있는 경우, 귀하가 이 서식을 작성하면서 귀하가 밟아야 할 약간의 추가 단계로 다음과 같은 것이 있습니다.

- 귀하는 장애가 있는 사람들과 일하는 사람과 상의하기를 원할 수도 있습니다. 여기에는 다음과 같은 사람들이 포함되지만 그에 국한되지 않습니다.
 - 장애인 및 함께 거주한 경험이 있는 사람

- 신뢰하는 의료 서비스 제공자
 - 법률 전문가
- 요양 시설에 거주하는 경우, 음부즈맨의 도움을 요청할 수 있습니다.
 - 귀하는 현재 의료 서비스 결정과 관련하여 귀하를 돕고 있는 간병인이나 후견인에 대한 정보를 포함시키기를 원할 수도 있습니다.
 - 일상생활에 필요할 수 있는 지원이나 숙박시설에 대한 내용을 공유합니다.
 - 섹션 3에는 귀하가 원하거나 원하지 않는 진료 유형에 대한 추가 사항을 이야기할 수 있는 공간이 있습니다. 귀하는 귀하가 일생에 이미 받은 지지요법의 유형을 포함하고 싶을 수 있습니다.

오리건 사전 의료 지시서와 POLST의 차이는 무엇입니까?

사전 의료 지시서와 POLST(휴대용 생명유지 치료 지시서)는 다릅니다. 오리건 사전 의료 지시서는 귀하에 대한 보건의로 결정을 내리는 데에 대한 귀하의 의향과 그러한 결정을 내리는 사람을 지명하는 법정 서식입니다. 오리건 POLST는 귀하의 의료 서비스 계획과 귀하가 받을 치료를 설명하는 치료 지시서입니다.

여전히 이 둘을 혼동하기 쉽습니다. 이 표는 차이점을 보여주고 있습니다.

	사전 의료 지시서	POLST(휴대용 생명유지 치료 지시서)
대상은 어떻게 됩니까?	모든 18세 이상의 사람	중대한 질병이 있거나 나이가 들어 노쇠하고, 모든 치료를 원하지 않을 수 있는 사람.
어떤 종류의 문서입니까?	이는 법정 서식입니다.	이는 치료 지시서입니다.
누가 서명합니까?	귀하가 작성하고 서명합니다. 한 명의 공증인 또는 두 명의 참관인이 서명합니다. 또한, 귀하의 의료 서비스 대리인도 서명합니다.	귀하의 의료 서비스 제공자는 귀하의 입력 내용으로 이를 작성합니다. 그 후 서명합니다.
변호사가 필요합니까?	아닙니다.	아닙니다.

	사전 의료 지시서	POLST(휴대용 생명유지 치료 지시서)
이 서식을 누가 보관합니까?	귀하는 가족이 발견할 수 있는 곳에 원본을 보관합니다. 귀하의 의료 서비스 대리인 및 제공자에게 사본을 줍니다.	귀하의 의료 서비스 제공자의 사무실에서는 이를 보관하고 오리건 POLST 전자 레지스트리에 입력합니다. 그들은 귀하에게 사본을 드립니다. 귀하는 이를 자택의 냉장고처럼 찾기 쉬운 장소에 게시할 수 있습니다.
마음이 바뀌면 서식을 변경할 수 있습니까?	그렇습니다. 귀하는 예전 서식을 찢을 수 있습니다. 그리고 나서 가족들이 찾을 수 있는 곳에서 새것을 작성합니다. 귀하의 의료 서비스 대리인 및 제공자에게 사본을 줍니다.	그렇습니다. 귀하는 그를 변경하기 위해 귀하의 의료 서비스 제공자와의 예약을 요청할 수 있습니다.
의학적 응급상황에서 제가 스스로 말을 할 수 없는 경우는 어떻게 됩니까?	귀하의 의료 서비스 대리인은 귀하와 귀하가 희망하는 존엄을 대변합니다.	구급차 요원, 병원 직원, 의료 서비스 제공자는 전자 데이터베이스에서 의료 지시를 찾아서 그를 따릅니다.

© The Next Door, Inc. 2019 발췌

사람들은 사전 의료 지시서와 POLST를 *함께* 보유할 수 있습니까?

그렇습니다. 사람들이 더 아프거나 더 노쇠해질수록, 두 서식을 모두 가지는 경우가 빈번합니다. 오리건 사전 의료 지시서는 귀하의 의향을 나타내는 서식입니다. POLST는 귀하의 희망사항을 실천하도록 하는 치료 지시서입니다.

귀하는 귀하의 의료 서비스 제공자와 귀하가 원하는 치료와 원하지 않는 치료에 대해 이야기할 수 있습니다. 귀하에게 적절하다면, 그들은 귀하에 대해 POLST를 작성하여 서명할 수 있습니다.

귀하가 POLST를 가지고 있더라도, 여전히 사전 의료 지시서가 필요합니다. 그러므로, 최신 상태로 유지하십시오. 검토하십시오. POLST 내 귀하의 선택을 반영하도록 합니다.

POLST에 대한 추가 정보는 Oregonpolst.org에서 확인하십시오. 질문은 polst@ohsu.edu로 보내실 수도 있습니다.

제 사전 의료 지시서를 얼마나 자주 검토해야 합니까?

귀하의 관점은 시간에 따라 바뀔 수 있습니다. 귀하의 목표와 희망사항이 바뀌면, 새로운 서식을 작성하십시오.

“여섯 개의 D” 중 어떤 것이라도 해당되는 경우 귀하의 사전 의료 지시서를 검토하시고 업데이트를 고려하십시오.

- 10년(Decade) 삶에서 새로운 10년이 시작될 때마다.
- 사망(Death) 가족이나 의료 서비스 대리인이 사망한 경우.
- 의견 불일치 귀하의 의료 서비스 대리인이 귀하의 희망사항에 동의하지 않는 경우. (Disagreement)
- 이혼(Divorce) 이혼이 발생할 경우.
 - 귀하의 전 배우자 또는 전 동거자가 귀하의 대리인인 경우, 귀하의 사전 의료 지시서는 더 이상 유효하지 않습니다.
 - 귀하는 새로운 사전 의료 지시서를 작성해야 합니다. 귀하의 전 배우자 또는 전 파트너가 계속 귀하의 대리인을 하기를 귀하가 원하더라도, 새로이 작성해야 합니다.
- 진단(Diagnosis) 중대한 질환 진단을 받는 경우.
- 쇠퇴(Decline) 귀하의 건강이 나빠지고 있거나 스스로 생활할 수 없는 경우.

새로운 사전 의료 지시서를 작성하면 어떻게 해야 합니까?

새 지시서를 작성하면, 사람들에게 알려주세요. 또한, 그들에게 새로운 사본을 전달하십시오.

- 귀하의 의료 서비스 대리인
- 귀하의 의료 서비스 제공자
- 귀하의 사전 의료 지시서 사본을 가지고 있는 일체의 다른 사람

사전 의료 지시서를 작성한 후에는 어떻게 해야 합니까?

1. 귀하의 목표와 향후 의료 서비스에 대해 귀하가 희망하는 바를 귀하의 의료 서비스 대리인과 이야기하십시오. 그들이 귀하를 위해 이 중요한 일을 할 수 있다고 생각하도록 확인하십시오. 이 분들에게 귀하의 사전 의료 지시서 사본을 전달하십시오.
2. 귀하가 중대한 질환이나 손상을 입은 경우 관여할 가능성이 있는 가족 및 가까운 친구들에게 이야기하십시오. 그들이 알도록 하십시오.
 - 귀하의 의료 서비스 대리인이 누구인지
 - 귀하의 희망사항이 무엇인지
3. 귀하의 의료 서비스 제공자에게 사본을 전달하십시오. 그들이 귀하의 희망사항이 무엇인지 알도록 하십시오.
4. 귀하의 사전 의료 지시서 사본을 냉장고처럼 찾기 쉬운 곳에 두십시오.
5. 이 지침의 하단에 있는 카드는 작성하십시오. 그것을 귀하의 지갑에 보관하십시오.

사전 의료 지시서 작성에 도움을 원하면 어떻게 합니까?

사전 의료 지시서 작성에 도움을 받고자 하시면, 다음으로 연락하실 수 있습니다.

- 귀하의 의료 서비스 제공자
- 변호사
- 옴부즈맨 또는 기타 환우회.

아래 카드를 작성하십시오. 그것을 접어서 귀하의 지갑에 보관하십시오.

<p>본인은 사전 의료 지시서를 가지고 있습니다.</p> <p>본인 정보</p> <hr/> <p>본인 이름:</p> <hr/> <p>날짜:</p> <hr/> <p>본인 주소:</p> <hr/> <p>시, 주, 우편번호:</p>	<p>본인의 의료 서비스 대리인:</p> <p>이름:</p> <hr/> <p>주소:</p> <hr/> <p>시/주/우편번호:</p> <hr/> <p>전화:</p> <hr/> <p>이메일:</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

전화:	* 반대 편에 귀하의 의료 서비스 대리인의 대체인을 열거하십시오.
생년월일:	
이메일:	

문서 접근성: 장애인 또는 영어 이외의 언어를 사용하는 분들을 위해, OHA는 번역본, 큰 글자 인쇄물 또는 점자와 같이 다른 형태로 정보를 제공할 수 있습니다. 건강정보센터(1-971-673-2411, 711 TTY 또는 COVID19.LanguageAccess@dhsosha.state.or.us)로 문의하십시오.

이 사용자 지침은 사전 의료 지시서 법령에 따른 사전 의료 지시서 채택 위원회가 고안한 것입니다.