

의료 지시서

본인의 이름은 _____

입니다.

본인의 생년월일은 _____

입니다.

본인은 의사결정 능력을 가진 사람입니다. 본인은 이 지시서에 자발적으로 서명합니다. 본인이 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 본인의 친척, 친구, 대리인 및 의료 서비스 제공자는 본 지침의 모든 부분을 전적으로 존중해야 합니다. 본 지침서의 일부가 유효하지 않은 경우 나머지 부분을 존중해야 합니다. 본인은 과거에 서명한 모든 의료 지시서를 철회합니다.

1. 의료 가치: 다음 희망 사항 및 선호 사항은 본인의 치료에 관한 모든 결정의 지침이 되어야 합니다.

a. 내 삶을 살 가치가 있도록 만드는 것:

☐ 말기 또는 심각한 상태로 인하여 삶을 살 가치가 있도록 만드는 일을 **영원히** 할 수 없게 될 수 있습니다. 이러한 경우, **다시는 다음 활동을 할 수 없다면** 임종 돌봄, 통증 완화 처치를 제외한 모든 치료를 중단해 주십시오.

☐ 유의미한 방법으로 가까운 친구와 가족 식별

☐ 운동

☐ 야외 활동

☐ 독서

☐ TV 프로그램 및 영화 시청

Health Care Directive

My name is _____.

My birth date is _____.

I am a person with decision-making capacity. I voluntarily sign this directive. If I cannot make decisions for myself, my relatives, friends, agents, and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the rest should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

1. Health Care Values: The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

a. What makes my life worth living.

Some terminal or serious conditions may stop me from **ever** doing the things that make life worth living for me. In that situation, I want you to stop all treatment except comfort care, pain relief and palliative care if I **cannot ever again**:

Recognize my close friends and family in any meaningful way

Exercise

Be outdoors

Read

Watch tv shows/movies

다음 활동:

☐ 기타:

- ☐ 인생은 언제나 살 가치가 있습니다. 살리기 위해 할 수 있는 모든 처치를 해주십시오.

b. 희망 사항: 마지막 날들에 다음 활동을 하고 싶습니다.

☐ 가까운 친구, 가족과 함께 시간 보내기:

☐ 애착 물건 및/또는 반려동물과 함께 시간 보내기:

☐ 가능하다면, 다음 음식 먹거나 마시기:

☐ 다음 음악 감상:

☐ 기타:

c. 통증 관리: 통증을 치료하는데 이용되는 약물은 졸음과 명확한 의식의 감소와 같은 부작용을 일으키기도 합니다. 마지막 날들에 통증 관리와 명확한 의식이 균형을 이뤘으면 합니다.

Do the following:

Other:

Life is always worth living. Do everything you can to keep me alive.

b. My hopes. In my last days, I hope to spend my time:

With my close friends and family:

With the following comfort items and/or pets:

Eating/drinking the following items, if possible:

Listening to the following music:

Other:

c. Pain Management. Medications used to treat pain often come with the side effect of drowsiness and decreased mental clarity. In my last days, I hope to balance pain management and mental clarity in this way:

☐ 의식이 명확하지 않더라도 최대한 통증 없이 시간을 보내고 싶습니다.

☐ 본인은 명확한 의식을 갖기 위해 다음 수준의 통증을 견디고자 합니다:

☐ 1 = 본인이 알아차리기 어려운 통증

☐ 2 = 본인이 알아차릴 수 있으나 활동을 저해하지 않는 통증

☐ 3 = 가끔씩 정신을 흐트러뜨리는 통증

☐ 4 = 정신을 흐트러뜨리지만 일상 활동을 할 수는 있는 통증

☐ 5 = 일부 활동을 저해하는 통증

☐ 6 = 무시하기 어렵고 일상 활동을 피하도록 만드는 통증

☐ 7 = 통증에 신경이 집중되어 일상 활동을 하지 못하도록 만드는 통증

☐ 8 = 어떤 일이든 하기 어렵게 하는 끔찍한 통증

☐ 9 = 아무 것도 하지 못하게 만드는 견딜 수 없는 통증

☐ 10 = 상상할 수 없는 끔찍한 통증. 명확한 의식을 극대화하는 것이 가장 중요합니다.

d. 두려움: 우려되는 상황이나 치료법이 있으며, 가능하다면 예방하거나 피하고 싶습니다.

☐ 두려운 증상(예: 숨가쁨, 갈증, 숨이 막히는 느낌, 메스꺼움, 두통):

_____.

임종 돌봄을 통해 이러한 느낌을 해소할 수 있도록 최선을 다해주시기 바랍니다.

I hope to spend my time in as little pain as possible, even if I'm not mentally clear.

I am willing to tolerate the following level of pain in the hopes of having more mental clarity:

1 = Pain I hardly notice

2 = Pain I notice but does not interfere with activities

3 = Pain that sometimes distracts me

4 = Pain that distracts me, but I can do usual activities

5 = Pain interrupts some activities

6 = Pain is hard to ignore, I avoid usual activities

7 = Pain is my focus of attention, prevents daily activities

8 = Pain is awful, it's hard to do anything

9 = Pain is unbearable, I'm unable to do anything

10 = Pain as severe as I can imagine. Maximum mental clarity is the most important.

d. My fears. There are situations or treatments I am concerned about and want to prevent or avoid if possible.

I have a fear of (examples: shortness of breath, thirst, choking sensation, nausea, headaches):

_____.

Please do everything possible to relieve me of that feeling through comfort care.

☐ 말기 질환에 평생 모은 돈을 쓰고 싶지 않습니다.
최소한의 비용으로 임종 돌봄을 제공해 주십시오.

I don't want to spend our life savings on my final illness. Please provide the least costly comfort care for my end-of-life care.

☐ 기타: _____

Other: _____

e. 머물고 싶은 곳. 가능하다면 다음 장소에서 치료를 받고 싶습니다.

e. Where I want to be. I would like to receive care in the following place/s if possible:

- ☐ 집
- ☐ 호스피스 시설
- ☐ 생활 지원 시설
- ☐ 노인 주거 시설
- ☐ 요양원
- ☐ 병원
- ☐ 당시의 필요와 상황에 따라 원하는 곳에서 치료를 받는 것이 불가능할 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 의료 결정권자를 신뢰하며, 그들이 본인의 가치를 고려하고 사랑하는 이들, 의료 서비스 제공자와 상담한 후 본인을 위한 최선의 결정을 내릴 것임을 믿습니다.

My home

Hospice care

An assisted living facility

An adult family home

A nursing home

A hospital

I know that it may not be possible for me to receive care where I want, given my needs and circumstances at the time. I trust my healthcare decision-maker/s and know that they will make the best decisions for me after considering my values, and consulting with my loved ones and care providers.

☐ 기타: _____

Other: _____

f. 기타 알아야 할 사항:

- ☐ 친구와 가족에게 본인의 상태를 알리고, 그들에게 방문하여 작별 인사를 할 수 있는 기회를 주고 싶습니다.

f. Other things to know about me:

I would like my friends and family to be notified of my condition and given an opportunity to visit me to say goodbye.

☐ 친구와 가족에게 방문하여 작별 인사를 할 수 있는 시간을 주기 위해 필요하다면 짧은 기간 동안 살아있고 싶습니다.

☐ 가능하다면 마지막 날들 동안 창 밖을 내다보거나 자연을 감상할 수 있었으면 좋겠습니다.

☐ 본인의 종교 또는 문화적 전통에 따라 의료 및 임종 관리와 관련하여 다음과 같은 관행이 필요합니다.

☐ 기타: _____

2. 말기 상태 또는 영구적 무의식 상태: 주치의가 말기 상태로 진단을 내리거나 두 명의 의사가 영구적인 무의식 상태에 있다고 판단하고 연명 치료가 사망 과정을 인위적으로만 연장할 뿐이라고 결정하는 경우, 본인은 다음을 원합니다.

a. 임종 돌봄 및 진통제: (하나를 선택하십시오)

☐ 통증이나 불편함을 겪고 있는 것으로 보일 경우, 의료 서비스 제공자가 의도치 않게 죽음을 앞당길 수 있다고 생각하더라도 편안함을 제공하는 치료와 약물 치료를 원합니다.

I would like to be kept alive for a short period of time if needed to allow friends and family time to travel and say goodbye.

If possible, I would like to be able to look out a window or see nature during my last days.

My religious or cultural traditions require the following practices around health care and end of life care:

Other: _____

2. Terminal Illness or Permanent Unconscious Condition. If my attending physician diagnoses me with a terminal condition or two physicians determine that I am in a permanent unconscious condition, and if my physician/s determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, I want:

a. Comfort Care and Pain Medication. (check one)

If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

- ☐ 나를 편안하게 만들어주는 치료와 약물이 나의 죽음을 앞당길 가능성이 있다면 해당 치료와 약물을 받지 않겠습니다. 통증을 견뎌라도 살아있을 수 있다면 모든 것을 다해주십시오. 나의 죽음을 재촉하지 않는 통증 관리 방법을 사용해주시요.

b. 인위적 생명 유지. (하나를 선택하십시오)

- ☐ 인위적으로 사망 과정을 지연시키거나 본인의 무의식 상태를 지속시키는 모든 치료 방법을 이용해주십시오.

- ☐ (기간) 이후 다음과 같은 치료는 **보류** 또는 **철회**해야 합니다.

(해당하는 모든 항목에 표시해 주십시오):

- ☐ 인공 영양 공급
- ☐ 인공 수분 공급
- ☐ 인공 호흡(산소 호흡기)
- ☐ 인공 호흡, 심장 조절 약물, 이뇨제, 각성제 또는 기타 심부전 치료를 포함한 심폐소생술(CPR)
- ☐ 생명을 연장하거나 유지하기 위한 수술
- ☐ 신장 기능 상실로 인한 혈액 투석 또는 여과
- ☐ 손실되거나 오염된 혈액을 대체하기 위한 수혈
- ☐ 통증 완화가 아닌 생명 연장을 목적으로 사용되는 약물
- ☐ 생명을 연장하거나 인위적으로 생명을 유지하기 위해 사용되는 기타 의학적 치료

I don't want treatment and medications to make me comfortable if those treatments and medications might hasten my death. Do everything possible to keep me alive even if I am in pain. Please use pain management methods that will not hasten my death.

b. Artificial Life Support. (check one)

Please use all treatment options to artificially prolong the process of dying or sustain me in a permanent unconscious condition.

The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me after (period of time) _____ (check all that apply):

Artificial nutrition

Artificial hydration

Artificial respiration (ventilator)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure

Surgery to prolong my life or keep me alive

Blood dialysis or filtration for lost kidney function

Blood transfusion to replace lost or contaminated blood

Medication used to prolong life, not for controlling pain

Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially

3. 사망 후

a. 기관, 장기 및 조직

- ☐ 본인은 기관, 장기 및 조직을 기증하고자 합니다.
(구체적인 지침이 있는 경우, 해당 지침):

- ☐ 본인은 기관, 장기 및 조직을 기증하기를 원치 않습니다.

b. 의료 교육 또는 연구

- ☐ 본인은 의료 교육이나 연구를 위해 본인 신체 장기의 전체나 일부를 이용할 것에 동의합니다.
- ☐ 본인은 의료 교육이나 연구를 위해 본인 신체 장기의 전체나 일부를 이용할 것에 동의하지 않습니다.

c. 부검

- ☐ 본인은 부검에 동의합니다.
- ☐ 본인은 부검에 동의하지 않습니다.

d. 본인의 신체와 유해의 방출

- ☐ 본인의 사망 시 본인의 신체와 유해를 다음 사람에게 방출할 수 있습니다. (이름 및 연락처):

3. After Death

a. Organs, body parts, and tissues

I want to donate organs, body parts, and tissues. (*Specific instructions, if any*):

I don't want to donate organs, body parts, and tissues.

b. Medical education or research

I consent to use all or part of my body for medical education or research.

I **don't** consent to use all or part of my body for medical education or research.

c. Autopsy

I consent to an autopsy.

I **don't** consent to an autopsy.

d. Releasing my body and remains

Upon my death, my body and remains can be released to the following person/s: (*Name/s and contact information*):

4. 의료 기관: 종교 또는 기타 신념을 이유로 본 지시서를 따르지 않는 병원이나 기타 의료 기관에 입원하는 경우: (1) 입원에 대한 동의는 치료에 대한 암묵적인 동의가 아니며, (2) 본 지시서를 존중하는 병원이나 기타 의료 기관으로 최대한 빨리 이송되기를 원합니다.

5. 변경 및 취소: 본인은 본 지시서에 서명하기 전 문구를 변경할 수 있음을 인지합니다. 또한 언제든지 본 지시서를 취소할 수 있다는 것을 인지합니다.

4. Health Care Institutions. If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

5. Changes and Cancellation. I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can cancel this directive at any time.

일자: _____ ▶ _____ 본인 서명(공증인 또는 증인 입회 하)	← Date ← My signature (in front of a notary or witnesses)
---	--

Notarization (preferred) (공증(우선))

State of Washington (워싱턴주)
 County of (카운티) _____

Signed or attested before me on (date) _____
 (본인 입회 하에서 (날짜)에 서명하거나 선서함)
 by (name) / ((이름)) _____.

▶ _____
 Signature of Notary (공증인 서명)
 Notary Public for the State of Washington.
 (워싱턴주 공증인)
 My commission expires (공증 만료일)

증인 진술(공증인을 찾지 못한 경우 대체)

(날짜)에 _____,
(이름)은 본인의 입회 하에 _____ 본
의료 지시서에 서명했습니다. 본인은 해당 개인을 직접
확인했거나 신분 증명 자료를 받았습니다. 본인은 해당
개인이 의료 결정을 내릴 능력이 있다고 생각합니다.

- 본인은 이 개인과 혈연 또는 결혼의 관계가 없습니다.
- 본인은 이 개인으로부터 돈이나 재산을 상속받을
자격을 갖고 있지 않습니다.
- 본인은 이 개인에 대한 법적 청구를 제기하지
않았습니다.
- 본인은 이 개인의 담당의가 아닙니다. 본인은 이 개인을
담당하는 의사의 직원 또는 이 개인이 치료를 받는 의료
시설의 직원이 아닙니다.

증인 1

▶
서명 _____

성명 _____

주소 _____

전화번호 _____

증인 2

▶
서명 _____

성명 _____

주소 _____

전화번호 _____

**Statement of Witnesses
(only if you cannot find a notary)**

On (date) _____,
(name) _____
signed this Health Care Directive in my
presence. They are personally known to me
or provided proof of identity. I believe they
are capable of making health care decisions.

- I am not related to this person by blood or
marriage.
- I am not eligible to inherit money or
property from this person.
- I do not have a legal claim against this
person.
- I am not this person's attending physician. I
am not an employee of their physician, or of
any health facility where they are a patient.

Witness 1

← Signature

← Print name

← Address

← Phone

Witness 2

← Signature

← Print name

← Address

← Phone

의료 지시서 첨부자료: 연락처 정보

Health Care Directive Attachment: Contact Info

나의 정보

My information

나의 이름 _____

My name

생년월일 _____

My date of birth

전화번호 _____

My phone number

이메일 주소 _____

My email address

우편 주소 _____

My mailing address

주치의 _____

My primary care medical provider

위임장

Power of attorney

☐ 본인이 불가능한 경우 다른 사람("대리인")이 본인을 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있도록 하는 **지속 위임장**을 가지고 있습니다.

I have a **Durable Power of Attorney** form that lets someone else (my "agent") make health care decisions for me if I am not able.

본인의 의료 대리인(해당하는 경우)

My health care agent (if any)

이름 _____

Name

본인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등)

Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

전화번호 _____

Phone

이메일 _____

Email

대체 의료 대리인(해당하는 경우)

My alternate health care agent (if any)

이름 _____

Name

본인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등)

Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)

전화번호 _____

Phone

이메일 _____

Email

본인의 2차 대체 의료 대리인(해당하는 경우)	My 2 nd alternate health care agent (if any)
이름 _____	Name
본인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등) _____	Relationship to me (Examples: friend, partner, spouse, sister, etc.)
전화번호 _____	Phone
이메일 _____	Email
기타 사전 계획	Other advance planning
본인은 사전 계획 또는 수명 종료에 대한 다음 문서(문서 목록)를 갖고 있습니다. _____ _____ _____ _____ _____	I have the following other documents about advance planning or end-of-life (<i>list document/s</i>): _____ _____ _____ _____ _____