

Introduction to the Korean translation of the POLST form

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. This is a way for you to share your goals and wishes for the types of medical care you want. POLST is optional for you to fill out. Once completed and signed by a doctor your POLST form becomes a medical order that is required to be honored by all health care professionals in Alaska.

This is a Korean translation of the Alaska POLST form. This translation is for educational purposes. The signed POLST form must be in English so that all health care professionals and emergency personnel can read and follow the orders.

To learn more about Alaska POLST, visit www.akpolst.org

POLST 양식의 한국어 번역본 소개

POLST는 환자들이 심각한 질병에 걸렸을 때 치료 방법에 대해 선택할 수 있는 의료 명령입니다. 이 양식은 본인이 원하는 치료 목표와 형태를 공유할 수 있는 방법입니다. POLST의 작성은 귀하의 선택에 달려 있습니다.

POLST를 작성한 후 담당의에 의해 서명되면, 귀하의 POLST 양식은 의료 명령으로써 Alaska 내 모든 의료인들이 존중하고 따라야 합니다.

이 문서는 Alaska POLST 양식의 한국어 번역본입니다. 이 번역본은 교육 및 참고용으로 사용됩니다. 서명이 포함된 POLST 양식은 모든 의료인들과 응급 구조원들이 읽고 명령에 따를 수 있도록 영어로 작성되어야 합니다.

Alaska POLST에 대한 자세한 내용은 www.akpolst.org에서 확인하시기 바랍니다.

Alaska POLST (생명 연장술에 대한 의사 지시서) 양식

의료인들은 환자 또는 환자 대리인과 대화를 한 후 본 양식을 작성해야 합니다. POLST 의사 결정 절차는 심한 쇠약함을 포함한 수명이 제한된 건강상태로 인해 생명을 위협받는 심각한 건강 위험이 있는 환자들을 위한 것입니다.

환자 정보 POLST 양식은 자발적으로 작성합니다.

이는 사전 지시가 아닌 의료 명령입니다.

환자 성명: _____

가운데 이름: _____ 선호하는 이름: _____

가족 성: _____ 부가 표시 (Jr, Sr 등): _____

생년월일 (월/일/년): / ____ / ____ 양식을 작성한 주: _____

성별: M F X 사회 보장 번호 마지막 4자리 (옵션): xxx-xx-_____

A. 심폐소생술 명령. 환자에게 맥박이 없거나 호흡을 하고 있지 않은 경우 아래 명령에 따릅니다.

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CPR 실행: 인공호흡기, 제세동기 및 심박 정상화를 포함한 소생술 시도 (B항에 명시된 완전한 치료 선택 필요) | <input type="checkbox"/> CPR 미실행: 소생술을 실행하지 않습니다. (B항의 어느 옵션이든 선택 가능) |
|--|---|

B. 초기 치료 명령. 환자에게 맥박 및/또는 호흡이 있는 경우, 이 명령에 따릅니다.

치료가 환자의 케어 목표를 충족하는 것을 보장할 수 있도록 정기적으로 환자 또는 환자 대리인과 건강 여부를 재평가하고 논의합니다. 목표와 구체적인 결과를 바탕으로 개입의 시기와 시도 여부를 고려합니다.

완전 치료 (A항에서 CPR 선택 시 필요). 목표: 의학적으로 효과가 있는 모든 방법을 동원해 생명을 유지할 수 있도록 시도합니다. 집중 치료를 포함해 생명을 연장시킬 수 있도록 명시된 적절한 의료 및 외과 치료를 제공합니다.

선택 치료. 목표: 집중 치료 및 소생 노력 없이 기능 회복을 시도합니다 (산소 호흡기, 제세동 및 심박 정상화). 명시된비외과적 기도 양압, 항생제 및 수액 주사를 사용할 수 있으며, 집중 치료를 하지 않습니다. 이 양식의 C항에 선호하는 기타 치료가 명시되지 않은 한 현재 병원에서 필요한 치료를 충족하지 못할 경우 환자를 다른 병원으로 이송시킵니다.

편안함에 중점을 둔 치료. 목표: 증상 관리를 통해 최대한 편안한 상태를 유지할 수 있도록 하며, 자연사를 허용합니다. 편안한 상태를 유지할 수 있도록 산소 호흡기, 석션 및 기도를 막는 이물질 제거하는 수동 치료를 사용합니다. 편안한 상태를 유지하기 위한 목표에 일치하는 경우를 제외하고 완전 또는 선택 치료에 포함된 치료를 하지 않습니다. 현재 시설에서 편안한 상태를 유지하지 못할 경우 환자를 다른 병원으로 이송시킵니다.

C. 추가 명령 또는 지시 사항. 이 명령은 위에서 설명된 부분에 추가됩니다 (예를 들어, 혈액 제제, 투석). [EMS 프로토콜은 이 항에 따라 응급 구조원이 명령에 따라 실행할 수 있는 능력을 제한할 수 있습니다.]

D. 의료 보조 영양 (환자가 원하고, 안전하고 가능할 경우 입으로 음식을 섭취할 수 있도록 합니다)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 신규 또는 기존 외과적으로 삽입한 관으로 영양분 제공 | <input type="checkbox"/> 인위적 영양 공급 희망하지 않음 |
| <input type="checkbox"/> 외과적으로 삽입한 관 없이 인공 영양을 시도 | <input type="checkbox"/> 협의하였지만 결정되지 않음 (치료 기준 제공) |

E. 서명: 환자 또는 환자 대리인 (옵션)

본인은 이 양식을 자발적으로 작성하는 것으로 이해하였으며, 의료인과 치료 옵션 및 목표를 논의하였습니다. 환자 대리인으로 서명하는 경우, 치료는 환자의 희망 사항 및 최선의 이익과 일치할 것입니다.

(옵션)

| | |
|--|-----|
| 환자가 아닌 경우, 동의하는 (또는 보호자가 반대하지 않는) 분의 성명을 기재해 주십시오. | 권한: |
|--|-----|

F. 서명: 의료인 (필수, 전자 서명 문서 유효함)

구두 상 명령 역시 허용되며, 추후 성명 필요.

본 명령은 환자 또는 대리인과 논의하였음을 확인합니다. 본 명령은 본인이 아는 한 환자의 희망사항을 충분히 반영합니다. [비고: Alaska에서 POLST 양식에 서명하도록 법에 따라 허용된 전문의만이 본 명령에 서명할 수 있습니다.]

| | | |
|---|-----------------------|-----------|
|  (필수) | 날짜 (월/일/년): 필수 / / | 전화 #: |
| 성명: | | 면허/자격증 #: |

| | | |
|---|--|-----------------------------------|
| 환자 성명: | | |
| 양식 작성 정보 (필수) | | |
| POLST 명령과 상반되지 않도록 환자의 사전 지시 검토: (POLST 양식은 사전 지시 또는 유언을 대신하지 않음) | <input type="checkbox"/> 네; 문서 검토일: _____ <input type="checkbox"/> 모순이 있으며, 환자에게 통보 (환자가 능력이 부족한 경우, 차트에 명시) <input type="checkbox"/> 사전 지시 제공되지 않음 <input type="checkbox"/> 사전 지시 없음 | |
| 논의에 참여한 사람을 체크: | <input type="checkbox"/> 의사 결정 능력이 있는 환자 <input type="checkbox"/> 법원 임명 보호자 <input type="checkbox"/> 미성년자의 부모 <input type="checkbox"/> 법적 대리인 / 건강 관리 요원 <input type="checkbox"/> 기타: _____ | |
| 양식 작성에 있어 의료인을 지원하는 전문가 (해당 시): 성명: | 날짜 (월/일/년): / / | 전화 #: () |
| 해당인은 환자와 관련하여 <input type="checkbox"/> 의료 보조자 <input type="checkbox"/> 사회복지사 <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 성직자 <input type="checkbox"/> 기타: 다음에 해당됩니다: | | |
| 연락처 정보 (옵션) | | |
| 환자의 긴급 연락처. (비고: 여기 명시된 사람은 법적 대리인의 권한을 부여하지 않습니다. 사전 지시 또는 주법에 의해서만 권한이 부여될 수 있습니다.) | | |
| 성명: | <input type="checkbox"/> 법적 대리인 <input type="checkbox"/> 기타 긴급 연락처 | 전화 #: 주간: () 야간: () |
| 주치의 성명: | | 전화: () |
| <input type="checkbox"/> 환자가 호스피스에 등록되어 있음 | 기관명: 기관 전화 번호: () | |
| 양식 정보 & 지시사항 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • POLST 양식 작성: <ul style="list-style-type: none"> - 제공자는 이 양식의 근거를 환자의 의료 기록 비고란에 기재해야 합니다. - 환자가 의사 결정 능력이 결여되는 경우에만 환자 대리인은 Alaska 법 및 주법에 따라 이 POLST 양식을 작성하거나 작성하지 않을 수 있습니다. - Alaska에서 POLST 양식에 서명할 수 있는 권한이 있는 면허를 가진 의료인만이 (M.D./D.O.) 이 양식에 서명할 수 있습니다. - (해당될 경우) 원본은 환자에게 제공하며, 사본은 의료 기록에 보관합니다. - 사회 보장 번호 (SSN)의 마지막 4자리는 선택 사항이지만, 환자와 양식을 확인하고 일치 여부를 확인하는데 도움을 줄 수 있습니다. - 대화 중 POLST 번역본이 있는 경우, 서명이 포함된 영어 양식에 번역본을 첨부합니다. - 가장 최근에 작성한 유효한 POLST 양식이 기존에 작성한 모든 POLST 양식을 대신합니다. • POLST 양식 사용: <ul style="list-style-type: none"> - POLST에 작성되지 않은 부분이 있는 경우, 이는 환자의 치료 선호 사항을 나타내지 않으며, 치료 기준을 제공합니다. - “CPR 미사용”을 선택한 경우 제세동기 (자동 체외 세동 제거기) 또는 가슴 압박을 사용하지 않아야 합니다. - 모든 옵션에 대해 적절한 경로, 위치, 상처 치료 및 기타 조치를 통한 처방약을 통해 통증 및 고통을 완화합니다. • POLST 양식 검토: 본 양식은 만료되지 않지만, 환자가 다음의 경우에 해당되는 경우 언제든지 검토되어야 합니다: <ul style="list-style-type: none"> (1) 환자가 한 병원 또는 의료 레벨에서 변경되어 이송되는 경우; (2) 건강 상태에 큰 변화가 있는 경우; (3) 의료 기관이 변경된 경우; 또는 (4) 환자의 치료 선호 사항 또는 케어 목표가 변경된 경우. • POLST 양식 수정: 이 양식은 수정할 수 없으며, 변경이 필요한 경우 양식을 무효화한 후 새로운 POLST 양식을 작성해야 합니다. • POLST 양식 무효화: <ul style="list-style-type: none"> - 환자 또는 환자 대리인 (환자의 무능력으로 인해)이 양식을 무효화하고자 하는 경우: 종이 양식을 폐기한 후 의료인에게 | | |

연락해 환자의 의료 기록 내 명령 사항을 무효화 하도록 요청합니다 (해당 시 POLST 기록 포함).

- 의료인의 경우: (해당 시) 환자용 사본을 폐기한 후 환자 기록에 양식이 무효화 되었다고 기록하고 기록에 명시합니다 (해당 시).
- 이 양식은 의료인이 확인할 수 있도록 보안 전자 기록에 추가될 수 있습니다.

바코드 / ID 스티커