

필요한 경우 HIPAA는 다른 의료 전문가에게 POLST 공개를 허용합니다.

뉴저지 의사의 연명술에 대한 지시(POLST)

이 지시를 따르든 후 의사/APN에게 연락하십시오. 이 의료 지시서는 아래에 명시된 사람의 최신 의학적 상태와 구두로 밝혔거나 서면 사전 지시서에 명시된 내용을 바탕으로 합니다. 내용을 작성하지 않은 섹션은 해당 섹션에 대해 완전한 범위의 처치를 의미합니다. 저희는 모든 개인을 존중하며 치료합니다.

이름(성, 이름, 중간 이름)

생년월일

A	치료 목적(지침은 뒷면 참조. 이 섹션은 의학적 명령이 아님)	
B	<p>의학적 중재: 호흡을 하고 있고/거나 맥박이 있음</p> <p><input type="checkbox"/> 완전한 범위의 처치. 생명을 지탱하기 위해 모든 의료 및 수술적 중재를 사용합니다. 요양 시설에 있는 경우, 필요에 따라 병원으로 이송합니다. 소생술 상태에 대한 정보는 섹션 D를 참조하십시오.</p> <p><input type="checkbox"/> 제한적 범위의 처치. 항생제와 링거액(IV)과 같은 적절한 의학적 처치법을 사용합니다. 비침습적 양성 기도압력을 사용할 수 있습니다. 일반적으로 집중 치료를 피합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 의학적 중재를 위해 병원으로 이송</p> <p><input type="checkbox"/> 현재 장소에서 편안하게 느끼지 못할 경우에만 병원으로 이송</p> <p><input type="checkbox"/> 증상 처치만. 모든 약품, 경로, 위치, 상처 치료 및 기타 수단을 사용하여 통증과 고통을 완화하기 위해 적극적인 안락 요법을 사용합니다. 편안하도록 필요한 만큼 산소 공급, 기도 막힘에 대한 흡인, 직접 처치를 합니다. 항생제는 편안함을 증대할 목적으로만 사용합니다. 현재 장소에서 편안하지 않을 경우에만 이송합니다.</p> <p>추가적 지시: _____</p>	
C	<p>인공 주입 수액 및 영양제: 가능하고 환자가 원한다면 입을 통해 음식/수액을 공급합니다.</p> <p><input type="checkbox"/> 인공 영양제 이용 안 함 <input type="checkbox"/> 인공 영양제의 정해진 시험 기간</p> <p><input type="checkbox"/> 장기적 인공 영양</p>	
D	<p>심폐 소생술(CPR) 맥박이 없고/거나 호흡하지 않음</p> <p><input type="checkbox"/> 소생술 시도/CPR</p> <p><input type="checkbox"/> 소생술 시도 안 함/DNAR</p> <p>자연사 허용(AND)</p>	<p>기도 유지 맥박이 있으며 호흡 곤란 상태</p> <p><input type="checkbox"/> 필요에 따라 인공 호흡 장치 삽관/사용</p> <p><input type="checkbox"/> 삽관 안 함. O2 사용, 기도 막힘을 해소하기 위한 직접 처치, 편안함을 위한 약물 사용</p>
E	<p>본인이 의사 결정 능력을 상실할 경우, 아래에 명시한 의사결정 대리인이 담당 의사/APN과 상담하여 NJ POLST 지시를 수정하거나 취소하는 것을 허락합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요</p> <p>_____</p> <p>대리인 이름 정자체로 기입(주소는 뒷면에) 전화번호</p>	
F	<p>서명: 본인은 이 정보에 대해 담당 의사/APN과 상담했습니다.</p> <p>서명 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 위에 명시된 이름</p> <p><input type="checkbox"/> 의료 서비스 담당자/법적 보호자</p> <p><input type="checkbox"/> 배우자/법적 동성 배우자</p> <p><input type="checkbox"/> 미성년자의 부모</p> <p><input type="checkbox"/> 기타 대리인 _____</p>	<p>위에 명시된 개인의 장기 기증 여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 알 수 없음</p> <p>이 지시 사항들은 해당 개인의 의학적 상태, 알려진 선호 사항, 알려진 최선의 정보에 부합합니다.</p> <p>_____</p> <p>정자체로 기입 - 의사/APN 이름 전화번호</p> <p>_____</p> <p>의사/APN 서명(필수) 날짜/시간</p>

필요한 경우 HIPAA는 다른 의료 전문가에게 POLST 공개를 허용합니다.

이름(성, 이름, 중간 이름)

생년월일

주소 정자체로 기입

연락처 정보

의료 관련 의사결정 대리인 이름 정자체로 기입

주소

전화번호

의료 전문가를 위한 지침

POLST 작성

- 의사 또는 전문 간호사(APN)가 작성해야 합니다.
- 원본 양식을 사용할 것을 적극 권장합니다. 서명한 POLST 양식의 사본 및 팩스 전송본도 사용할 수 있습니다.
- 완전하게 작성하지 않은 POLST의 섹션은 해당 섹션에 대해 완전한 범위의 처치를 의미합니다.

POLST 검토

POLST 지시는 환자와 함께 전달되며 뉴저지의 모든 설정에서 유효합니다. 특히 다음의 경우를 포함하여 POLST를 정기적으로 검토할 것을 권장합니다.

- 환자가 한 치료 장소나 한 치료 레벨에서 다른 곳 또는 레벨로 이동하는 경우, 또는
- 개인의 건강 상태에 상당한 변화가 있는 경우, 또는
- 개인의 처치 선호 사항의 변화가 있는 경우

POLST 수정 및 취소 – 의사 결정 능력이 있는 개인은 언제든지 POLST를 수정/취소할 수 있습니다.

- 이 양식 전면의 섹션 E에 지정된 경우, 대리인은 언제든지 POLST 양식을 취소하거나 처치 선호 사항을 변경하거나 개인의 희망 사항 또는 사전 지시서와 같은 기타 문서를 바탕으로 새로운 POLST 문서를 이행할 수 있습니다.
- 의사결정 대리인은 개인의 희망 사항 또는 이를 알지 못할 경우, 개인에게 가장 이익이 되는 것을 바탕으로 수정하도록 요청할 수 있습니다.
- POLST를 취소하려면, 모든 섹션을 가로지르는 선을 긋고 큰 글씨로 “VOID”라고 적어야 합니다. 섹션에 서명을 하고 날짜를 기입해야 합니다.

섹션 A

이러한 치료 계획으로 달성하려는 구체적인 목표는 무엇일까요? 이것은 “귀하께서 앞으로 원하시는 것이 무엇입니까?”와 같은 간단한 질문을 통해 확인할 수 있습니다. 그 예에는 다음이 포함되며 이에만 국한되지 않습니다.

- 장수, 치료, 차도
- 더 나은 생활 수준
- 가족 행사에 참여할 정도로 장수(결혼, 생일, 졸업)
- 통증, 메스꺼움, 숨가쁨 등의 증상 없이 생활
- 식사, 운전, 정원 가꾸기, 손자들과 놀아주기

의료 서비스 제공자들은 환자가 실제적 목표를 세울 수 있도록 예후에 대한 정보를 공유할 것을 권장합니다.

섹션 B

- “제한적 범위의 처치”를 선택한 경우, 개인이 추가적인 치료를 위해 병원으로 이송하기를 원하는지의 여부를 표시하십시오.
- 편안함을 개선하기 위한 IV 약물은 “증상 처치만”을 선택한 개인에게 적합할 수 있습니다.
- 비침습성 양성 기도압력에는 지속적 양성 기도압력(CPAP) 또는 이중 양성 기도압력(BiPAP)이 포함됩니다.
- 안위 대책을 항상 제공합니다.

섹션 C

경구 수액 및 영양제는 의학적으로 적절하고 개인이나 대리인이 결정한 치료 목적에 부합할 경우 항상 제공해야 합니다. 경구 또는 비침습적 방법으로 영양제 및 수분 투여는 개인의 희망 사항, 종교 및 문화적 신념을 바탕으로 해야 합니다.

섹션 D

CPR에 대한 개인의 선호 사항 및 기도 유지에 대한 별도의 선택 항목을 선택합니다.

섹션 E

이 섹션은 POLST 양식을 작성할 때 개인에게 의사결정 능력이 있는 상황에 적용 가능합니다. 대리인은 이 섹션에서 지명된 경우에만 기존의 POLST 양식을 취소 또는 수정하는 것이 가능합니다.

섹션 F

POLST가 유효하려면 의사나 APN과 같은 전문 의료인이 서명해야 합니다. 구두 지시는 의사/APN이 시설/지역사회 정책에 따라 후속으로 서명한 경우에만 허용됩니다. POLST 지시에는 개인/대리인이 서명해야 합니다. 개인/대리인이 서명할 수 없거나, 서명을 거부하거나, 구두로 동의한 경우 서명 라인에 표시하십시오.

이송될 때마다 원본을 환자와 함께 송부