

필요한 경우에 한해 HIPAA는 다른 의료 서비스 전문가에게 POLST를 공개하는 것을 허용

## 뉴저지 주 연명 의료계획서(PRACTITIONER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT, POLST)

다음의 지시 사항을 이행한 후 의사/APN/PA에게 연락하십시오. 이 의료 계획서는 아래에 명시된 환자의 현재 의학적 상태와 이 환자가 구두로 밝혔거나 서면으로 작성한 사전 의료지시서의 내용을 바탕으로 한 것입니다. 작성되지 않은 섹션은 완전한 처치에 해당하는 섹션임을 의미합니다. 모든 환자의 치료는 개인 존엄성을 바탕으로 실시됩니다.

환자 이름(성, 이름, 중간 이름)

생년월일

환자 주소 기입

A	<b>치료 목적</b> (작성 방법은 뒷면 참조. 이 섹션은 의학적 지시가 아닙니다.)	
B	<b>의학적 중재 환자가 호흡을 하고 있거나 맥박이 있음</b> <input type="checkbox"/> 완전한 처치. 연명을 위해 명시된 모든 적절한 의학적, 외과적 처치를 합니다. 요양 시설에 있을 경우, 필요에 따라 병원으로 이송합니다. 소생술 사용 여부는 섹션 D를 참조하십시오. <input type="checkbox"/> 제한적 처치. 필요에 따라 항생제 및 링거와 같은 적절한 의학적 처치를 합니다. 비침습성 기도 양압술을 사용할 수 있습니다. 일반적으로 침습성 처치를 피합니다. <input type="checkbox"/> 의학적 처치를 위해 병원으로 이송합니다. <input type="checkbox"/> 현재 장소가 불편한 경우에만 병원으로 이송합니다. <input type="checkbox"/> 증상 치료만 실시. 모든 경로를 통한 투약, 배치, 상처 치료, 기타 방법을 사용하여 통증과 고통을 완화하기 위해 적극적인 안락 치료법을 사용합니다. 편안한 호흡을 위해 필요한 경우 산소 공급, 흡입, 기도 폐색 수동 처치 등의 방법을 사용합니다. 항생제는 편안함을 증진할 목적으로만 사용합니다. 장소가 불편한 경우에만 이송합니다. 기타 지시 사항: _____	
C	<b>인공 주입 수액 및 영양제 가능하고 바람직한 경우 음식/수액은 항상 경구로 제공합니다.</b> <input type="checkbox"/> 인공 영양제 사용 금지 <input type="checkbox"/> 인공 영양제 장기간 사용 <input type="checkbox"/> 정해진 시험적 사용 기간에 인공 영양제 사용	
D	<b>심폐소생술(CPR)</b> <b>환자에게 맥박이 없고 없거나 호흡 곤란 상태</b> <input type="checkbox"/> 소생술/CPR 시도 <input type="checkbox"/> 소생 시도 포기/DNAR 자연사 허용	<b>기도 관리 환자에게 맥박이 있지만 호흡이 곤란함</b> <input type="checkbox"/> 필요에 따라 삼관/인공 호흡장치 사용 <input type="checkbox"/> 삼관 금지 - 산소, 기도 폐색을 완화하기 위한 수동 처치, 편안하게 해주는 약 등을 사용 <input type="checkbox"/> 기타 지시 사항(예: 정해진 시험적 기간에 기계식 호흡) 
E	본인이 의사결정을 내릴 수 없게 될 경우, 아래에 열거한 의사결정 대리인이 담당 의사/APN/PA와 상담하여 본인의 치료 목적에 맞게 뉴저지 주 연명 의료계획서(POLST) 지시 사항을 수정하거나 철회하는 것을 허락합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
F	<b>서명</b> 본인은 담당 의사/APN/PA와 이 정보에 대해 논의했습니다. 이름(정자체) _____ <input type="checkbox"/> 위에 명시된 환자 <input type="checkbox"/> 배우자/합법적 동성 결혼 배우자 <input type="checkbox"/> 의료 서비스 담당자/ <input type="checkbox"/> 미성년자의 부모 법적 보호자 <input type="checkbox"/> 기타 대리인	위에 명시된 환자의 장기 기증 여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 상기 지시 사항은 환자의 의학적 상태, 알려진 선호 사항, 알려진 최선의 정보와 일치합니다. _____ 정자체로 기입 - 의사/APN/PA 이름 <span style="float: right;">전화번호 서명</span> _____ 의사/APN/PA 서명(필수) <span style="float: right;">날짜/시간</span> _____ 의사 면허 번호
<b>대리인 정보</b> 여기에 나열된 대리인은 사전 지시서에서 이전에 식별된 의료 대리인임: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름 _____ 대리인 이름(정자체) <span style="float: right;">전화번호</span> _____ 대리인 주소(정자체) _____		

\* 나열된 대리인은 상기 섹션 E에서 '예'에 체크 표시한 경우에만 이 양식을 변경하도록 허용됩니다.

## 의료 전문가를 위한 지침

### POLST 작성

- 의사, 전문 간호사(APN) 또는 보조 의사(PA)가 작성해야 합니다.
- 원본을 사용할 것을 적극 권장합니다. 서명한 POLST 양식의 복사본 및 팩스를 사용할 수 있습니다.
- POLST에서 작성하지 않은 섹션은 완전한 처치에 해당하는 섹션임을 의미합니다.

### POLST 검토

POLST 지시 사항은 환자와 함께 송부되는 실제 지시 사항이며 뉴저지 주 전역에서 유효합니다. 특히 다음의 경우를 포함하여 POLST를 정기적으로 검토할 것을 권장합니다.

- 환자가 한 치료 시설 또는 치료 단계에서 다른 치료 시설이나 치료 단계로 이동, 또는
- 환자의 건강 상태에 상당한 변화가 있음, 또는
- 환자의 치료 선호 사항이 변경됨.

**POLST 수정 및 무효화 – 의사결정 능력이 있는 개인은 언제든지 POLST를 수정/무효화할 수 있습니다.**

- 본 양식의 섹션 E에 명시된 경우, 대리인은 환자에 대해 알려진 희망사항 또는 사전 의료지시서와 같은 기타 기록을 바탕으로 언제든지 POLST 양식을 무효화하거나, 치료 선호사항을 변경하거나 새로운 POLST 문서를 작성할 수 있습니다.
- 본 양식에서 승인된 경우, 의사결정 대리인은 환자에 대해 알려진 희망사항 또는 알려지지 않은 경우 환자를 위한 최선의 선택을 바탕으로 지시 사항을 수정하도록 요청할 수 있습니다.
- POLST를 무효화하려면 모든 섹션을 따라 가로지르는 선을 긋고 큰 글씨로 "VOID"라고 적으면 됩니다. 이 선 위에 서명하고 날짜를 적으십시오.

### 섹션 A

이 치료 계획서를 통해 달성하려는 목표는 무엇입니까? 간단한 질문, 즉 "미래에 희망 사항은 무엇입니까?" 등의 질문을 하면 이를 확인할 수 있을 것입니다. 이러한 질문의 예에는 다음이 포함되며 이에 국한되지 않습니다.

- 장수, 완치, 차도
- 더 나은 삶의 질
- 가족 행사(결혼식, 생일, 졸업식)에 참석할 수 있을 정도로 장수
- 통증, 메스꺼움, 숨가쁨 등의 증상 없이 생활
- 식사, 운전, 정원 가꾸기, 손자들과 놀아주기 등의 활동

*의료 서비스 제공자는 환자가 현실적인 목표를 세우도록 예후에 대한 정보를 공유할 것을 권장합니다.*

### 섹션 B

- "제한적 처치"를 선택한 경우, 환자가 추가적인 치료를 위해 병원으로 이송되는 것을 선호하는지의 여부를 나타냅니다.
- 편안함을 위해 IV 투약을 하는 것은 "증상 치료만 실시"를 선택한 환자에게 적절할 수 있습니다.
- 비침습성 기도 양압술에는 지속적 기도 양압술(CPAP) 또는 2단계 기도 양압술(BiPAP)이 포함됩니다.
- 항상 편안한 치료 방법이 제공되어야 합니다.

### 섹션 C

구강액과 영양제는 의학적으로 적합하고 환자나 대리인이 정한 치료 목적에 부합하는 경우에 제공해야 합니다. 경구 또는 침습성 방법으로 영양제와 수분을 투여하는 것은 환자의 희망 사항, 종교 및 문화적 신념에 맞아야 합니다.

### 섹션 D

환자의 CPR에 대한 선호 사항 및 기도 관리에 대한 별도의 선택 사항을 선택합니다. 예를 들어, 현재 임상적 상황을 평가하기 위해 추가로 시간이 필요하거나, 예상된 필요 사항이 단기적인 것이며 단기 처방의 혜택을 얻을 수 있는 경우, 기계식 호흡을 위해 특정 시험 기간을 고려할 수 있습니다.

### 섹션 E

이 섹션은 POLST 양식을 작성할 때 환자에게 의사결정 능력이 있는 경우에 해당합니다. 대리인은 환자가 이 섹션에서 승인한 경우에만 기존 POLST 양식을 무효화 또는 수정하거나 새로운 양식을 작성할 수 있습니다.

### 섹션 F

POLST는 의사, APN 또는 PA가 서명해야 유효합니다. 구두 지시 사항은 시설/지역사회 정책에 따라 의사/APN/PA가 나중에 서명하는 경우 허용됩니다. POLST 지시 사항에는 환자/대리인이 서명해야 합니다. 환자/대리인이 서명할 수 없거나, 서명하기를 거부하거나, 구두 동의를 한 경우 서명 라인에 표시합니다. 작성 및 서명된 후 본 POLST에 의해 기존의 모든 POLST 문서가 무효화됨을 환자/대리인에게 다시 알려야 합니다.