

Respecting Choices® at Beaumont

사전 지시서



이 사본은 영어로 작성된 원본의 정확한 번역본입니다. 이 사본은 설명 및 교육 목적으로 작성되었으며 법적 서명을 얻기 위한 것이 아닙니다. 이 번역본이 제공되었다는 내용을 참조하여 영어 원본에 법적 서명이 이루어져야 합니다.

This is a true and accurate translated copy of the original in English. This copy is intended for explanations and education purposes and is not meant to get legal signatures. Legal signatures should be completed on the English copy with a reference that this translated copy was given.

Beaumont

목차

소개

사전 치료 계획이란 무엇입니까? I.

사전 지시서란 무엇입니까? II.

원하는 바 및 선택의 공유 III.

Respecting Choices at Beaumont에 대해 자세히 알아보기 IV.

RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT 사전 지시서

법률 관련 섹션

개인 정보 1 / 5

건강 관리-환자 대변인 지정을 위한 지속성 있는 위임장 2 / 5

환자 서명 및 증인 진술서 3 / 5

정신 건강 치료 결정-선택 사항 4 / 5

환자 대변인/후임 환자 대변인의 수락 5 / 5

환자 대변인 및 건강 관리 팀을 위한 권장 정보

선택적 섹션

- 본인의 영적 또는 종교적 고려 사항
- 중증의 영구적 부상에 대한 치료 목표 탐색
- 심폐 소생술(CPR) 정보

대화를 합시다

사전 치료 계획은 대화로 시작됩니다. Respecting Choices at Beaumont 공인 촉진자가 과정을 안내해 드릴 수 있습니다. 이러한 과정에는 귀하의 가치와 신념을 선택된 환자 대변인 및 의사와 공유하는 것이 포함됩니다. 이러한 과정이 성공적으로 완료되면 사전 지시 법률 문서가 작성됩니다.



사전 지시서를 작성하기가 쉽지 않을 수 있지만 이미 수많은 사람들이 성공적으로 작성했으며 귀하도 그렇게 할 수 있습니다.



사전 치료 계획이란 무엇입니까?

Beaumont Health는 현재와 미래의 건강 관리에 대한 개인의 목표와 가치를 존중하는 건강 관리 문화를 창출하는 국제적으로 인정되는 증거 기반 사전 치료 계획 모델인 Respecting Choices와 파트너 관계를 맺고 있습니다.

사전 지시서를 작성하는 데 Respecting Choices at Beaumont 공인 촉진자의 도움을 받으실 수 있습니다. 그 결과로 명확하고 정확하며 귀하의 가치와 개별화된 치료 목표를 반영하는 문서가 작성됩니다. 저희는 이러한 서비스를 무료로 제공합니다. 의사를 만나기로 선택하는 경우 비용이 있을 수 있습니다. 자신의 병원 또는 보험 회사에 문의하십시오.

대화에 대한 이러한 접근 방식은 사전 치료 계획이 “모든 사람에게 적용될 수 있는” 과정이 아님을 인식합니다. 귀하는 또한 자신의 가치에 대한 통찰력과 지정된 환자 대변인 및 건강 관리 팀에 대한 추가 지침을 제공하는 추가 문서의 작성을 선택할 수도 있습니다.

귀하의 요청에 따라 사전 지시 문서는 Beaumont의 전자 의료 기록 시스템에 입력되어 동일한 전자 의료 기록을 공유하는 모든 캠퍼스 또는 진료 현장에서 이용할 수 있습니다.

귀하가 사전 치료 계획을 고려할 때 대화와 과정에 시간이 걸릴 수 있음을 저희는 알고 있습니다. 귀하의 Respecting Choices at Beaumont 촉진자가 모든 단계에서 함께 할 수 있습니다.

Respecting Choices®
PERSON-CENTERED CARE



사전 지시서란 무엇입니까?

i 사전 지시서는 귀하가 그렇게 할 수 없는 경우 치료에 대한 귀하의 특정 선호 사항을 설명하는 법률 문서입니다. 건강 관리를 위한 지속성 있는 위임장이라고도 불리는 사전 지시서는 귀하가 너무 아프거나 다쳐서 자신이 원하는 바를 전달하지 못하는 경우에만 사용됩니다. 사전 지시서는 귀하가 더 이상 능력이 되지 않을 때 귀하를 위해 결정을 내릴 환자 대변인을 나열하는 것으로 시작하며 심폐 소생술(CPR), 생명 유지 및 장기 기증에 대한 선호와 관련된 추가 문서를 포함합니다.

귀하는 환자 대변인이라고도 알려진 법정 대리인을 지명하게 됩니다. 귀하의 환자 대변인은 귀하가 신뢰할 수 있고 전화를 걸었을 때 대응할 수 있으며 귀하가 스스로 결정을 할 수 없을 때 편하게 의학적 결정을 내릴 수 있는 사람이어야 합니다. 귀하와 귀하의 환자 대변인은 귀하의 사전 지시서에 요약된 귀하가 원하는 바에 대해 대화를 해야 합니다. 귀하의 환자 대변인은 해당 지시에 동의하지 않더라도 귀하의 지시를 따라야 합니다.

귀하의 일반적인 치료 목표와 치료 선호도를 자신의 말로 설명함으로써 사전 지시 문서는 귀하의 건강 관리 팀과 환자 대변인이 귀하가 진정으로 원하는 유형의 치료를 더 잘 제공할 수 있도록 돕습니다. 귀하는 언제든지 이 문서를 변경할 수 있습니다.

귀하의 의사, 건강 관리 팀 및 환자 대변인과 함께 매년 또한 건강 관리 시설에 들어갈 때마다 사전 지시서를 검토함으로써 귀하의 가치에 맞게 사전 지시서를 최신 상태로 유지할 수 있습니다. 언제든지 업데이트 또는 취소하실 수 있습니다.

귀하의 환자 대변인 및 건강 관리 팀에 대한 지침을 제공하는 추가 온라인 워크 시트는 beaumont.org/respecting-choices에서 찾으실 수 있습니다..

추가 온라인 워크 시트:

- 삶을 가치있게 만드는 것
- 호흡관/삽관
- 급식관/영양
- 각성 대 편안함
- 임상 시험 및 연구에 대한 참여
- 수혈



원하는 바 및 선택의 공유

토론, 배포 및 검토 사전 지시서 작성 후:

- 귀하가 이 문서를 작성했음을 가족 및 가까운 친구들에게 알려주세요. 귀하의 환자 대변인(들)이 누구이며 건강 관리와 관련하여 귀하가 원하는 바가 무엇인지를 알려주세요. 이것은 귀하의 요청이 아닌 귀하의 결정임을 알려주세요.
- 귀하의 사전 지시서의 정보 페이지(사전 지시서의 1 페이지)에 나열된 사람들에게 작성된 사전 지시서 사본을 제공하십시오.
- 병원 또는 전문 요양 시설(요양원 또는 재활 센터)에 입원할 때마다 사전 지시서 사본을 지참하십시오. 사전 지시서가 귀하의 의료 기록에 입력되도록 요청하십시오.
- 쉽게 찾을 수 있는 곳에 사전 지시서 사본을 보관하십시오.
- 귀하의 사전 지시서는 작성하고 새로운 날짜를 기입하여 언제든지 업데이트하실 수 있습니다. 이 문서는 귀하가 직접 업데이트 또는 변경하거나 Respecting Choices at Beaumont에 문의하여 도움을 받으실 수 있습니다. 변경된 경우 사전 지시서는 다시 증인 선언과 서명을 한 후 이전 사본이 있는 모든 사람들에게 새 사본을 제공해야 합니다.
- 귀하는 자신이 원하는 치료와 자신의 환자 대변인에 대해 언제든지 마음을 바꿀 수 있습니다. 자신의 사전 지시서를 변경하고 싶은 경우 건강 관리 팀에 알려주세요. Respecting Choices at Beaumont에 문의하실 수도 있습니다.

Respecting Choices® at Beaumont 월렛 카드

월렛 카드를 작성하십시오. 대변인의 이름과 전화 번호를 쓰십시오.

✂ 점선선을 따라 자르십시오.	대변인		여기를 점으십시오.
	이름:	_____	
	전화:	_____	
	후임 대변인 1		
	이름:	_____	
	전화:	_____	
	후임 대변인 2		
	이름:	_____	
	전화:	_____	
		Respecting Choices® at Beaumont	
		사전 지시서가 있습니다.	
		대변인 정보는 이 카드 뒷면을	
		참조하십시오.	

		서명	

더 알아보기

RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT

Respecting Choices at Beaumont 공인 촉진자란 무엇입니까?

Respecting Choices at Beaumont 촉진자는 사전 치료 계획 대화를 안내해 줄 수 있는 사람입니다. 귀하와 귀하가 참여하도록 선택한 다른 사람들은 귀하의 경험과 잘 산다는 것이 귀하에게 무엇을 의미하는지를 논의할 수 있습니다. 대화의 결과는 귀하의 개별화된 치료 목표를 식별하고 반영하는 사전 지시서의 작성입니다.

지역 사회의 Respecting Choices at Beaumont.

Respecting Choices at Beaumont 스피커를 이용하여 메트로 전 지역에 걸쳐 무료로 사전 치료 계획에 대해 모든 규모의 그룹과 대화하실 수 있습니다. 스피커를 요청하려면 respectingchoices@beaumont.org로 저희에게 연락 주십시오.

그룹 촉진을 원하십니까?

Respecting Choices at Beaumont 촉진자는 사전 치료 계획 과정과 사전 지시서 작성에서 그룹을 안내할 수 있습니다. respectingchoices@beaumont.org로 저희에게 이메일을 보내 주십시오.

Respecting Choices at Beaumont에서 자원 봉사를 하고 싶습니까?

공인 Respecting Choices at Beaumont 촉진자가 되는 방법과 다른 자원 봉사 기회에 대해 respectingchoices@beaumont.org에서 자세히 알아 보십시오.

이 문서 건강 관리를 위한 지속성 있는 위임장은 의료 결정만을 위한 것입니다. 귀하를 위해 재정적 결정을 내릴 사람을 지정하려면 다른 위임장 양식이 필요합니다. 재정 위임장으로 해당 대변인이 귀하를 위해 의료 결정을 내릴 수는 없습니다. 의료 위임장과 재정 위임장의 차이를 확실하게 이해하셔야 합니다.



추가 정보가 필요하거나 공인 촉진자가 전화하기를 원하시는 경우 다음 연락처로 저희에게 연락 주십시오:



전화: 947-522-1948



이메일: respectingchoices@beaumont.org



웹 사이트: beaumont.org/respecting-choices



RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT – 사전 지시서

정보 페이지

환자 성명(기재하십시오): _____

오늘 날짜: _____

생년월일: _____

우편 주소: _____

전화 자택: _____ 휴대폰: _____ 직장: _____

이메일: _____

사전 지시서 사본을 다음 사람에게* 제공했습니다.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

귀하의 환자 대변인, 대체 환자 대변인 및 의사를 포함시키십시오.
 귀하의 의료 기관과 다른 친구 및 가족을 포함시키는 것을 고려하십시오.
 자신을 위해 사본을 보관하십시오.

언제든지 사전 지시서를 변경하실 수 있습니다. 몇 년마다 문서를 업데이트하거나 다음과 같은 5D 규칙을 따를 것을 권장합니다.

- 귀하의 삶의 10년마다.
- 사랑하는 사람의 사망 후.
- 이혼 후.
- 중요한 진단 후.
- 중요한 기능 저하 후.

건강 관리 – 환자 대변인 지정을 위한 지속성 있는 위임장

이것은 법률 문서입니다. 본인은 본인이 자신을 위해 말할 수 없거나 (본인의 의사와 다른 의사 또는 면허가 있는 심리학자가 결정한) 의료 또는 (본인의 의사와 정신 건강 의사가 결정한) 정신 건강 결정에 참여할 수 없는 경우에 한해 본인을 대신하여 말할 환자 대변인을 지명합니다. 본인의 환자 대변인은 본인이 이러한 결정에 직접 참여할 수 있는 때에는 본인을 대신하여 결정을 내릴 권한이 없습니다. 본인은 이 문서가 본인의 의료 기록의 일부로 포함되어 본인의 환자 대변인과 건강 관리 제공자뿐만 아니라 후임 대변인과 본인이 치료를 받는 건강 관리 시스템에 제공되는 것을 승인합니다.

환자 대변인 지정

_____에 거주하고 있는 _____은(는)
(환자 주소) (환자 이름)

18세 이상이고 정신이 건강하며 본인이 직접 그러한 결정에 참여할 수 없는 경우에 한해서만 본인을 대신하여 건강 및 치료 결정을 내릴 환자 대변인 또는 후임 대변인으로서 다음을 자발적으로 선택합니다. 본인은 이러한 선택이 본인이 바라는 바를 더 이상 반영하지 않음을 어떤 방식으로든 전달함으로써 언제든지 생각을 바꿀 수 있음을 이해합니다.

본인은 다음 사람을 본인의 환자 대변인으로 선택합니다.

이름: _____ 관계: _____
주소: _____ 도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____
전화 집: _____ 휴대폰: _____ 직장: _____
이메일: _____

본인의 환자 대변인이 지명을 수락하지 않거나 그러할 의지가 없거나 이용 가능하지 않거나 본인의 환자 대변인 역할을 할 수 없는 경우 다음 사람이 본인의:

첫 번째 대체(후임) 환자 대변인이 되기를 원합니다:

이름: _____ 관계: _____
주소: _____ 도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____
전화 집: _____ 휴대폰: _____ 직장: _____
이메일: _____

두 번째 대체(후임) 환자 대변인:

이름: _____ 관계: _____
주소: _____ 도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____
전화 집: _____ 휴대폰: _____ 직장: _____
이메일: _____

*추가 대체(후임) 환자 대변인의 이름을 지정할 수 있습니다.

환자 서명

두 명의 증인의 입회 하에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

아래에 있는 본인의 서명은 5페이지의 ‘환자 대변인/후임 환자 대변인 수락’을 포함하여 이 문서의 모든 페이지에 적용됩니다. 본인은 이 문서에서 선택된 사람들이 본인의 환자 대변인 및 후임 환자 대변인(들)이 되기를 원합니다. 본인은 누군가에 의해 강제된 것이 아니라 본인이 원하는 것이기 때문에 이러한 결정을 내립니다. 본인은 언제든지 본인의 철회 의도를 어떤 방식으로든 전달하여 이 환자 대변인 지정을 철회할 수 있음을 이해합니다..

환자 서명: _____ 날짜: _____

주소: _____ 도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

생명 유지 치료에 관한 위임-선택 사항:

본인은 본인의 환자 대변인이 본인이 사망하게 하는 치료의 보류 또는 철회 결정을 내릴 수 있음을 명백히 승인하며, 그러한 결정이 본인의 자연사를 초래할 수 있음을 인정합니다.

환자 서명: _____ 날짜: _____

(귀하의 환자 대변인에게 이러한 권한을 부여하려면 귀하의 이름을 서명하십시오.)

증인 진술서

본인은 이 문서에 서명한 사람이 본인의 입회 하에 서명했으며 정신이 건강한 것으로 보이고 협박, 사기 또는 부당한 영향을 받지 않는 것으로 보임을 선언합니다.

본인은 다음이 아닙니다:

- 이 문서에서 환자 대변인으로 지정된 사람.
- 18세 미만의 사람.
- 혈연, 결혼 또는 입양을 통해 환자와 관련된 사람.
- 환자의 의사 또는 건강 관리 제공자.
- 환자를 치료하거나 돌보는 의료 시설 또는 지역 사회 정신 건강 프로그램의 직원.
- 환자의 생명 보험 또는 건강 보험 제공자의 직원.
- 본인이 알고 있는 한도에서, 환자의 채권자 또는 현재 존재하는 유서 또는 법률의 시행에 따라 환자의 재산 일부를 받을 자격이 있는 사람.

증인 1 서명: _____ 날짜: _____

이름(기재하십시오): _____

주소: _____ 도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

증인 2 서명: _____ 날짜: _____

이름(기재하십시오): _____

주소: _____ 도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

정신 건강 치료 결정 - 선택 사항

□ 본인은 이 섹션을 작성하지 않겠습니다..

귀하가 정신 건강 치료에 대한 사전 동의를 할 수 없다고 의사와 정신 건강 의사가 판단하는 경우 환자 대변인이 치료 결정을 내릴 수 있도록 승인하려면 이 섹션을 작성하십시오.

본인의 정신 건강 치료 결정을 내릴 수 있는 능력을 평가할 본인이 선호하는 의사 및 정신 건강 의사는 다음과 같습니다:

의사 이름: _____

사무실 주소: _____ 전화: _____

정신 건강 의사 이름: _____

사무실 주소: _____ 전화: _____

본인은 위에 지정된 개인이 결정을 할 수 없는 경우 본인의 치료 팀이 결정을 내릴 수 있는 다른 의사를 찾아낼 것임을 이해합니다. 가능한 경우에는 언제나 본인의 선호와 환자 대변인의 선호가 고려됩니다.

다음은 치료 옵션 목록입니다. 본인은 본인의 환자 대변인에게 동의할 수 있는 권한을 부여하길 원하는 옵션 옆에 이니셜을 기재하여 하나 이상의 선택을 할 수 있습니다:

_____ 외래 환자 치료.

이니셜

_____ 입원 환자 정신 건강 서비스를 받기 위해 정식의 자발적 환자로서 본인의 병원 입원. 본인은 퇴원
이니셜 의사를 3일 전에 통지할 권리가 있습니다.

_____ 입원 환자 정신 건강 서비스를 받기 위해 본인의 병원 입원.

이니셜

_____ 향정신성 약물.

이니셜

_____ 전기 경련 치료(ECT).

이니셜

정신 건강 치료에 관한 위임-선택 사항:

본인은 즉시 효력이 발생하는 철회에 대한 권리를 포기합니다. 본인이 지정을 철회하는 경우 철회의사를 전달한 날로부터 30일 후부터 철회가 유효합니다. 이 옵션을 선택하더라도 본인은 정식의 자발적 환자인 경우 퇴원 의사를 3일 전에 통지할 권리를 여전히 가집니다.

환자 서명: _____ 날짜: _____

(귀하의 환자 대변인에게 이러한 권한을 부여하려면 귀하의 이름을 서명하십시오.)

환자 서명: _____ 날짜: _____

환자 대변인 및 대체(후임) 환자 대변인 수락

본인은 다음 사람의 환자 대변인이 되는 것에 동의합니다. _____, 본인은 책임을 받아들이며
(환자 이름)

이 문서에 요약되어 있고 환자와 구두로 논의한 바와 같이 환자의 원하는 바와 지시를 따르기 위한 합리적인 조치를 취하는 데 동의합니다. 본인에게 연락을 하기 위한 합리적인 노력이 이루어진 후에도 본인이 역할을 할 수 없는 경우 환자가 지정한 순서대로 후임 환자 대변인이 본인이 이용 가능해질 때까지 역할을 해야 합니다.

이 수락서에 서명함으로써 본인은 환자를 대신하여 행동하고 환자가 명시적으로 원하는 바와 환자의 최선의 이익에 부합하는 결정을 내릴 책임을 받아들입니다. 본인은 또한 이 수락서에 서명한다고 해서 환자 또는 환자의 치료 비용에 대한 재정적 의무가 발생하는 것은 아님을 이해합니다. 또한 본인은 환자 대변인으로서 다음을 이해하고 동의합니다:

- A. 환자가 의료 및/또는 정신 건강 치료 결정을 내릴 수 없는 것으로 의사가 선언하지 않는 한 본인의 권한은 유효하지 않습니다.
- B. 본인은 환자가 스스로 행사할 수 없었던 환자의 치료, 보호, 의료 또는 정신 건강 치료에 관한 권한을 행사할 수 없습니다.
- C. 본인은 해당 결정이 환자의 사망을 초래할 경우 임신한 환자의 치료를 보류 또는 철회하도록 결정할 수 없습니다.
- D. 본인은 해당 결정을 내릴 권한이 본인에게 있음을 환자가 명확하고 설득력 있는 방식으로 표현하고 해당 결정이 환자의 사망을 초래할 수 있음을 인정하는 경우에 한해 환자의 사망을 초래할 수 있는 치료 보류 또는 철회 결정을 내릴 수 있습니다.
- E. 본인은 환자 대변인 역할에 대한 보상은 받을 수 없지만 환자를 대신하여 발생하는 실제 또는 필요한 비용에 대해 상환받을 수 있습니다.
- F. 환자는 언제든지 철회 의사를 전달하기에 충분한 방식으로 환자 대변인 역할을 할 수 있는 본인의 권한을 철회할 수 있습니다.
- G. 정신 건강 치료 결정을 내릴 수 있는 본인의 권한을 철회할 수 있는 권리를 환자가 포기한 경우, 모든 정신 건강 치료 철회는 환자가 철회 의사를 표명한 후 30일 동안 지연됩니다.
- H. 본인은 언제든지 환자 대변인 역할을 중단하려는 본인의 의사를 전달하기에 충분한 방식으로 이 수락을 철회할 수 있습니다.
- I. 본인은 최선의 이익과 최선의 환자 이익을 위해 결정을 내려야 하는 의료 및 법적 기준에 따라 행동해야 합니다. 환자가 자신의 의료 및/또는 정신 건강 치료 결정을 내리는 데 참여할 수 있었던 동안 표현되거나 입증된 환자의 알려진 욕구는 환자의 최선의 이익으로 간주됩니다.
- J. 이 문서에 의해 사체 제공에 대한 권한을 부여받은 경우 본인의 권한은 환자의 사망 후에도 여전히 행사할 수 있습니다.
- K. 병원에 입원한 환자는 미시간 주 공중보건법 20201조(MCL 333.20201)에 열거된 권리를 가집니다.

환자 대변인 서명: _____ 날짜: _____

대체(후임) 환자 대변인 서명(선택 사항): _____ 날짜: _____

RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT – 사전 지시서

Q 선택적 페이지

환자 대변인 및 건강 관리 팀을 위한 권장 정보

본인의 영적 또는 종교적 고려 사항

본인은 이 섹션을 작성하지 않겠습니다.

본인은 사랑하는 사람들과 건강 관리 팀이 본인의 종교적 또는 영적 신념에 대해 다음을 알기를 원합니다:

본인의 종교적 신념은 다음과 같습니다:

죽음이 가까워짐에 따라 본인에게는 다음이 중요합니다.

죽을 때 본인에게는 다음이 중요합니다.

추가 언급:

환자 서명: _____ 날짜: _____

환자 대변인 및 건강 관리 팀을 위한 권장 정보

중증의 영구적 뇌 손상에 대한 치료 목표 탐색

본인은 이 섹션을 작성하지 않겠습니다.

모든 사람이 생각해 봐야 할 하나의 결정이 있습니다. 다음과 같은 시나리오를 상상해 보십시오. 교통 사고 또는 질병 등의 갑작스러운 사건으로 인해 귀하가 의사 소통이 불가능해졌다고 상상해 보십시오. 귀하는 생존을 유지하는 데 필요한 모든 치료를 받고 있습니다. 의사들은 귀하가 자신이 누구인지 또는 누구와 함께 있는지를 알 수 있는 능력을 회복할 가능성이 거의 없다고 생각합니다.

이러한 상황에서 귀하는 생명 유지를 위한 치료를 계속하기를 원하십니까? 아니면 치료를 중단하기를 원하십니까? 두 경우 모두 귀하는 편안하게 유지될 것입니다.

Respecting Choices at Beaumont 공인 촉진자가 귀하와 귀하가 초대한 사람들이 대화를 통해 참여하게 안내하도록 권장됩니다. 이러한 질문과 귀하의 경험, 그리고 잘 산다는 것이 귀하에게 무엇을 의미하는지를 탐구하는 것이 중요합니다. 이러한 과정을 통해 귀하의 가치와 사전 지시서에서 내린 결정을 더 잘 이해할 수 있습니다.

영구적인 뇌 손상의 결과로 본인이 자신이 누구이고 가족과 친구가 누구이며 자신이 어디에 있는지를 알 수 있는 능력을 회복할 수 없다는 합리적인 의학적 확실성의 지점에 도달한 경우 본인은 편안하고 깨끗하게 유지되기를 원하며 환자 대변인이 다음과 같이 하기를 원합니다.

동의하는 내용 옆의 확인란을 선택하십시오:

치료가 도움이 되는 것보다 해가 된다고 본인의 의사(들)가 판단하지 않는 한 본인의 생명 유지를 위한 치료를 계속하거나 시작하기를 원합니다.

또는

본인이 해당 유형의 질환을 앓고 있는 경우 급식관, 정맥내(IV) 수액 및 호흡기/인공 호흡기를 포함하되 이에 국한되지 않는 모든 치료를 거부하거나 중단하고 싶습니다. 본인의 생각으로는 지지적 치료의 잠재적 이점보다 치료의 부담이 더 큼니다.

환자 서명: _____ 날짜: _____

환자 대변인 및 건강 관리 팀을 위한 권장 정보

CPR – 심폐 소생술 (Cardiopulmonary Resuscitation)

본인은 이 섹션을 작성하지 않겠습니다.

본인의 심장이 박동하지 않고 더 이상 숨을 쉬지 않으면 심장을 다시 뛰게 하기 위해 CPR이 시작될 수 있습니다. CPR에는 순환을 다시 시작하게 하기 위한 흉부 압박, 심장 박동을 다시 시작하게 하기 위한 전기 충격 및 기계적 호흡 및 인공 호흡을 가능하게 하기 위한 입 또는 기관을 통한 관 삽입(삽관)이 포함됩니다. CPR이 없으면 자연사가 발생할 수 있습니다.

CPR 관련 사실:

도움이 되지 않거나 해로울 수 있어 CPR이 제공될 수 없는 경우가 있습니다. 본인의 주치의 또는 본인을 돌보는 다른 중환자실 의사가 타당한 의료 관행에 따라 CPR이 도움이 되지 않을 것으로 판단하는 경우 CPR은 제공되지 않습니다. 이러한 상황에서 본인의 환자 대변인에게 해당 결정을 알리게 됩니다.

- CPR은 젊고 건강한 환자에게 있어서 가장 성공적입니다.
- 다른 만성 질환이 있는 환자의 경우 생존 확률은 5% 미만입니다. 이전의 삶의 질로 생존할 확률은 훨씬 더 낮습니다.
- 알츠하이머 병, 파킨슨 병, 말기 심장, 신장 또는 폐 질환이나 진행암 환자의 경우 삶의 질의 급격한 저하와 함께 생존률은 1%까지 급격히 떨어집니다. 집으로 돌아가거나 독립적으로 생활하는 것은 거의 불가능합니다.

본인의 심장이 멈추거나 호흡이 멈출 경우...

동의하는 내용 옆의 확인란을 선택하십시오:

의사가 다음과 같이 결정하지 않는 한 CPR을 원합니다:

- 본인은 CPR로 생존할 합리적 가능성이 없는 의학적 상태에 있습니다.

또는

- CPR이 도움이 되는 것보다 해가 됩니다.

CPR을 원하지 않으며 대신 자연사를 허용하고 싶습니다.

환자 서명: _____ 날짜: _____

RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT – 사전 지시서

RESPECTING CHOICES® AT BEAUMONT: 저희의 약속

저희는 대화를 시작할 것입니다.

저희는 사전 치료 계획에 대한
지원을 제공할 것입니다.

저희는 계획이 분명하도록 할
것입니다.

저희는 계획을 유지하고 검색할
것입니다.

저희는 적절하게 계획을 따를
것입니다.

공인 촉진자와 대화하거나 사전 치료 계획 스피커를 요청하거나 자원 봉사 기회에 대해 알아보려면 다음 연락처로 저희에게 문의하십시오:



전화: 947-522-1948



이메일: respectingchoices@beaumont.org



웹 사이트: beaumont.org/respecting-choices

RESPECTING CHOICES AT BEAUMONT
사전 지시서

Beaumont