

VIRGINIA 사전 의료 지시서

본인 _____은(는) 본인이 정보에 근거한 결정을 내릴 수 없는 경우를 대비해 의도적으로 그리고 자발적으로 본인의 원하는 바를 알리고자 합니다.

본인은 의료 행위에 관한 본인의 선택을 분명히 전달하는 것 외에 사전 의료 지시서에 (*advance directive*) 대리인 선정 또한 포함될 수 있음을 알고 있습니다. "**의료 행위**"라는 용어는 투약, 수술, 수혈, 화학 요법, 방사선 치료, 병원이나 전문 간호 시설, 노인 원호 생활 시설 또는 기타 의료 시설로의 입원, 정신 의학적 또는 기타 정신 건강 치료 및 연명 절차와 통증 완화 치료를 포함하지만 여기에만 국한되지 않는 인간의 질병을 예방, 완화, 치유 또는 치료하기 위한 목적으로 행해지는 개인에 대한 의료 서비스 제공 행위를 뜻합니다.

"정보에 근거한 결정을 내릴 수 없는" 이란 문구는 제안된 의료 행위에 대한 결정의 본질, 정도 및 가능한 결과를 이해할 수 없거나, 제안된 의료 행위에 대한 결정과 그 대안이 갖는 위험과 이점을 비교해 이성적으로 평가할 수 없거나, 결정에 대한 이해를 어떤 식으로든 소통할 수 없음을 뜻합니다.

이 사전 의료 지시서는 본인에게 장애가 발생한 경우에도 효력을 잃지 않습니다.

(귀하는 아래에 나와 있는 항목 I부터 항목 V까지의 일부 또는 모든 내용을 본 사전 의료 지시서에 포함할 수 있습니다.)

항목 I: 대리인 지명

(귀하를 대신해 의료 행위에 관한 결정을 내릴 대리인을 지명하고 싶지 않으신 경우, 아래의 항목 I과 항목 II에 줄을 긋어 삭제하십시오.)

본인은 다음의 사람을 본 문서 상에서 권한을 위임받은 자로서 본인을 대신해 의료 행위에 관한 결정을 내릴 1차 대리인으로 지명합니다.

1차 대리인 이름 (<i>Name of Primary Agent</i>)	전화번호 (<i>Telephone</i>)	팩스번호(있는 경우) (<i>Fax if any</i>)
주소 (<i>Address</i>)	이메일(있는 경우) (<i>E-mail if any</i>)	

상기의 1차 대리인이 현실적으로 활동할 수 없거나 본인의 대리인으로서 대행할 수 없거나 대행하기를 원하지 않는 경우, 본인은 다음의 사람을 2차 대리인으로 지명합니다.

2차 대리인 이름 (<i>Name of Successor Agent</i>)	전화번호 (<i>Telephone</i>)	팩스번호(있는 경우) (<i>Fax if any</i>)
주소 (<i>Address</i>)	이메일(있는 경우) (<i>E-mail if any</i>)	

본인은 본인 스스로 정보에 근거한 결정을 내릴 수 없는 것으로 판단될 때마다 아래에 설명한 바와 같이 본인을 대신해 의료 행위에 관해 결정을 내릴 수 있도록 상기에 거명된 본인의 대리인에게 전권 및 권한을 부여합니다. 본인의 대리인이 갖는 권한은 본인이 정보에 근거한 결정을 내릴 수 없는 한 유효합니다.

본인을 대신해 의료 행위에 관한 결정을 내릴 수 있는 권한을 행사함에 있어, 대리인은 본 문서에서 명시된 바와 같이, 또는 본인의 대리인에게 주지했던 바와 같이 본인이 원하는 것과 선호하는 것을 따라야 합니다. 본인의 대리인은 본인의 치료 또는 치료 거부로 인해 발생할 수 있는 영향, 통증, 위험 및 부작용에 관해 의사가 제공하는 의학적 진단과 예후를 포함한 모든 정보를 바탕으로 결정을 내려야 합니다. 본인의 대리인은 본인이 의사전달을 구두로 했든지 혹은 서면으로 했든지에 상관없이 자신이 아는 한 또는 합리적인 질의를 바탕으로 확실하게 알 수 있는 한, 본인의 종교적 신념 또는 가치관에 반하는 의료 행위를 선택하는 결정을 해서는 안 됩니다. 본인이 자신을 위해 어떠한 의료 결정을 내렸을지 대리인이 결정할 수 없는 경우, 대리인은 본인에게 가장 이롭고 적합하다고 판단되는 결정을 내려야 합니다.

대리인은 그가 의료 행위를 허가한다는 이유만으로 의료 비용을 지불할 책임을 지지 않습니다.

항목 II: 대리인의 권한

(항목 II에서 귀하가 대리인에게 부여하고 싶지 않은 모든 권한은 줄을 그어 삭제하시고, 대리인에게 추가로 부여할 권한이나 지시사항은 첨가하십시오.)

대리인에게 다음의 권한을 부여합니다.

- A. 인공 호흡, 인공적 영양 투여와 수분 공급 및 심폐 기능 소생법을 포함하지만 여기에만 국한되지 않는 신체 기능에 영향을 미치는 모든 종류의 의료 행위, 치료, 외과적 처치, 진단 절차, 약물 치료 및 기계적 또는 기타 시술의 사용에 동의 또는 거부할 권리 및 이에 대한 동의를 철회할 수 있는 권한. 이 권한은 통증 완화 약물이 중독의 위험이나 사망을 앞당길 수 있는 위험이 있다 하더라도 통증을 완화하는 데 필요하다면 권고된 양 이상의 약물을 투여하는 데 동의할 수 있는 권한을 포함합니다.
- 본 세부 항목 A에 설명된 대리인의 권한은 본인이 말기 상태인 경우, 본인이 받는 의료 행위에 관해 아래의 항목 IV에서 본인이 내린 특별 지시 사항에 의해 제한됩니다.
- B. 의료 기록과 병원 기록을 포함하지만 여기에만 국한되지 않는 본인의 심신 건강에 관해 구두로 전달된 정보나 서면으로 작성된 정보를 요청, 수락 및 검토하고 이러한 정보의 공개에 동의할 수 있는 권한.
- C. 본인의 의료 제공자를 고용하거나 해고할 권한.
- D. 병원, 호스피스, 전문 간호 시설, 노인 원호 생활 시설 또는 기타 의료 서비스 시설로의 입원이나 퇴원(타 시설로의 이송 포함)을 허가할 수 있는 권한. 본인이 정신 질환의 치료를 목적으로 의료 시설로의 입원을 허가했다면, 그러한 권한은 아래의 세부 항목 E와/또는 F에서 명시되어 있습니다.
- E. 본인이 정신 질환의 치료를 목적으로 달력상의 날짜로 10일을 초과하지 않는 기간 동안 의료 시설로 입원하는 것에 대해 본인이 반대하지 않고, 제안된 입원 시설 소속 의료진이나 이 시설에서 지정한 의사가 본인을 검진한 후 본인이 정신 질환이 있어 입원 여부를 결정하는 데 정보에 기초한 의사 결정을 내릴 수 없으며, 해당 시설에서 치료가 필요하다고 서면으로 작성한 경우, 이러한 시설로의 입원을 허가하고, 그 시설에서의 퇴원(다른 시설로의 이송 포함)을 허가할 수 있는 권한.
- F. 본인이 정신 질환의 치료를 목적으로 달력상의 날짜로 10일을 초과하지 않는 기간 동안 의료 시설로 입원하는 것에 대해 **본인이 반대한다 할지라도** 제안된 입원 시설 소속 의료진이나 이 시설에서 지정한 의사가 본인을 검진한 후 본인이 정신 질환이 있어 입원 여부를 결정하는 데 정보에 기초한 의사 결정을 내릴 수 없으며, 해당 시설에서 치료가 필요하다고 서면으로 작성한 경우, 이러한 시설로의 입원을 허가하고, 그 시설에서의 퇴원(다른 시설로의 이송 포함)을 허가할 수 있는 권한.

(귀하가 대리인에게 본 세부 항목 F에 설명되어 있는 권한을 부여하는 경우, 귀하의 의사는 다음의 증명서를 작성해야 합니다.)

의사 증명서: 본인은 본 사전 의료 지시서 진술인의 의사 또는 면허를 소지한 임상 심리학자입니다. 본인은 진술인이 현재 정보에 근거한 결정을 내릴 수 있는 것으로 보고 있으며 이 진술인은 본 사전 의료 지시서를 제공함으로써 초래되는 결과를 잘 알고 있음을 증명하는 바입니다.

의사 서명 (Physician Signature)

날짜 (Date)

의사 이름 정자체 (Physician Name Printed)

- G. **본인이 반대한다 할지라도** 본 사전 의료 지시서에서 확인된 다음의 특정한 의료 행위를 허가할 수 있는 권한.
(본 사전 의료 지시서의 해당 항목을 구체적으로 상호 참조하십시오.)

(귀하가 대리인에게 본 세부 항목 G에 설명되어 있는 권한을 부여하는 경우, 귀하의 의사는 다음의 증명서를 작성해야 합니다.)

의사 증명서: 본인은 본 사전 의료 지시서 진술인의 의사 또는 면허를 소지한 임상 심리학자입니다. 본인은 진술인이 현재 정보에 근거한 결정을 내릴 수 있는 것으로 보고 있으며 이 진술인은 본 사전 의료 지시서를 제공함으로써 초래되는 결과를 잘 알고 있음을 증명하는 바입니다.

의사 서명 (Physician Signature)

날짜 (Date)

의사 이름 정자체 (Physician Name Printed)

- H. 본인이 정보에 근거한 의사결정을 할 수 없다고 판단된 후에 본인이 대리인의 권한에 이의를 제기하는 경우에도 대리인으로서의 역할을 계속 수행할 권한.

- I. 해당 연방법 및 주법에 따라 임상시험심사위원회 또는 연구심사위원회가 승인한 임상시험으로서 본인에게 직접적인 치료의 혜택이 있을 경우, 본인이 그 임상시험에 참여하는 것을 허가할 수 있는 권한.
 - J. 해당 연방법 및 주법에 따라 임상시험심사위원회 또는 연구심사위원회가 승인한 임상시험으로서 본인이 가지고 있지 모르는 증세의 과학적 이해를 증진시키거나 인류복지 향상을 목적으로 할 경우, 본인에게 직접적 혜택의 가능성이 없다 하더라도 그 임상시험에 본인이 참여하는 것을 허가할 권한.
 - K. 의료 기관에 본인이 입원한 기간 동안 다음의 지시 사항에 따라 의료 기관 방문에 관한 결정을 할 권한
-
-

L. 의료 제공자의 책임 면제를 부여하는 것을 포함하여, 이러한 결정을 시행하는 데 필요한 법적 조치를 취할 권한.

(귀하가 대리인에게 추가로 부여하고자 하는 모든 권한, 귀하가 대리인에게 부과하고자 하는 제약 또는 대리인에게 지침이 될만한 기타 정보는 아래에 추가하십시오.)

본인은 또한, 대리인에게 다음의 사항을 지시합니다.

항목 III: 의료 행위 지시 사항

(귀하가 받는 의료 행위에 관한 특정 지시 사항을 추가로 제시하고 싶지 않다면, 아래의 세부 항목 A 및/또는 B에 줄을 그어 삭제하십시오.)

A. 본인은 주치의가 결정하는 바에 따라 해당 상황에서 의료적으로 적절한 경우, 본인이 다음의 의료 행위를 받을 것임을 분명히 지시합니다.

B. 본인은 다음의 상황에서 다음의 의료 행위가 본인에게 제공되지 않도록 분명히 지시합니다.
(귀하는 또한 어떤 상황에서도 특정 의료 행위가 제공되지 않도록 명시할 수 있습니다.)

항목 IV: 생의 말기 치료에 관한 지시 사항(사망 선택 유언 ("LIVING WILL"))

(귀하가 말기 상태인 경우, 귀하의 의료 행위에 대해 구체적인 지시 사항을 제공하고 싶지 않다면, 본 항목 IV에 줄을 그어 삭제하십시오.)

주치의가 본인이 인공 호흡, 심폐 기능 소생법, 인공적 영양 투여와 인공 수분 투여를 포함한 **연명 절차**를 시행하는 것이 죽어 가는 과정을 인위적으로 연장시킬 뿐인 말기 상태라고 결론을 내리는 경우, 본인은 그러한 절차를 보류하거나 중단하고 위안 요법을 제공하거나 통증을 완화하기 위해 필요하다고 고려되는 약물 투여나 의료 기술만을 허용하여 자연사할 수 있기를 바랍니다. 본인이 장기, 눈 또는 조직 기증자인 경우(아래의 항목 V 참조), 기증의 목적을 위해 본인의 장기와 눈, 조직의 의료적 지속 가능성을 보장할 수 있는 방식으로 이러한 지시 사항이 적용되기를 바랍니다.

그러한 연명 절차 사용에 관해 본인이 지시를 내릴 수 있는 능력이 없는 경우, 본인의 가족과 의사는 본 사전 의료 지시서를 본인이 의료 행위를 거부할 수 있는 법적 권리이며 그로 인해 초래되는 결과를 수용한다는 최종적인 의사 표시로써 존중해야 한다는 것이 본인의 뜻입니다.

(생의 말기 치료에 관한 추가적 지시 사항을 제시하기를 원하지 않는 경우, 아래의 세부 항목 A 및/또는 B를 줄을 그어 삭제하십시오.)

A. 연명 절차에 관한 기타 지시 사항

(귀하가 **연명 절차**에 관해 본인 스스로 작성한 지시 사항을 제시하고 싶거나 상기에 제시한 지시 사항에 추가 사항을 덧붙이고 싶은 경우, 본 세부 항목 A에서 그렇게 할 수 있습니다. 귀하가 인공 호흡, 심폐 기능 소생법, 인공 영양 투여와 인공 수분 공급과 같은 특정한 연명 절차에 관한 구체적 지시 사항을 내리고자 한다면, 바로 여기에 그러한 지시 사항을 작성하시면 됩니다. 본 세부 항목 A에서 귀하의 특별 지시 사항 제시하시는 경우, 아래에서 귀하가 작성하시는 특정 지시 사항과 본 항목 IV에 있는 내용이 다른 경우, 해당 내용을 줄을 그어 삭제하십시오.)

본인은 다음과 같이 지시합니다.

B. 연명 절차 이외의 의료 행위에 관한 지시 사항

(상기의 세부 항목 A에 언급되어 있는 연명 절차에 관한 지시 사항 외에 귀하가 말기 상태인 경우에 받는 의료 행위에 대한 기타 모든 지시 사항을 여기에 작성하실 수 있습니다.)

본인은 다음과 같이 지시합니다.

항목 V: 시체 기증

(귀하는 본 문서에 사망 후 귀하의 장기, 눈, 조직 또는 전신 기부에 관한 결정을 기록하실 수 있습니다. 귀하가 본 문서 또는 기타 어떤 문서에서도 이와 관련한 본인의 결정을 기록하지 않으면, 귀하가 해당 결정에 대한 대리인의 권한을 본 문서 또는 다른 문서에서 구체적으로 금지하지 않는 한, 대리인은 귀하를 대신해 결정을 내릴 수 있습니다. 본 항목에서 귀하의 기증 결정을 표시하기를 원하시면, 아래의 박스 중 하나에 체크 표시하십시오.)

- 본인은 이식, 치료, 연구와 교육에서 쓰일 수 있도록 본인의 장기, 눈, 조직을 기증합니다. 본인은 본인의 장기, 눈 또는 조직이 의료적으로 지속 가능해 기증에 사용될 수 있도록 필요한 모든 조치를 취하도록 지시합니다. 본인의 지시 사항이 차량 관리국에 또는 기증자 등록부인 www.DonateLifeVirginia.org에 직접 등록될 수 있으며 기증자 등록부를 통해 본인의 지시 사항을 수정 또는 철회할 수 있음을 알고 있습니다. 또는,
- 본인은 연구와 교육의 목적을 위해 본인의 전신을 기증합니다.

[시체 기증과 관련해 귀하가 전하고자 하는 구체적 지시 사항을 여기에 모두 작성하십시오.]

(2명의 증인 입회하에 아래에 서명하셔야 합니다.)

확인 및 취소권: 아래에 서명함으로써 본인은 감성적, 정신적으로 이와 같은 사전 의료 지시서를 작성할 능력이 있으며, 본 문서의 취지와 그 결과를 이해하고 있음을 진술하는 바입니다. 본인은 (i) 서명과 날짜가 포함된 서면으로, (ii) 본인 스스로 본 사전 의료 지시서를 실질적으로 취소 또는 파기하거나 본인이 있는 자리에서 다른 누군가에게 파기하도록 지시함으로써 또는, (iii) 본인이 구두로 파기하고자 하는 의사를 표현함으로써 언제라도 본 문서의 일부 또는 전부를 철회할 수 있음을 잘 알고 있습니다.

진술인 서명 (Signature of Declarant)

날짜 (Date)

선언자는 본인의 입회하에 상기 사전 의료 지시서에 서명했습니다.

(증인 (Witness))

(증인 (Witness))

본 양식은 버지니아 주의 Health Care Decisions Act의 요건을 준수합니다. 본 양식에 관한 법적 질문사항이 있거나 귀하의 특별요건에 부합하는 별도의 양식을 만들고자 할 경우, 변호사와 상의해야 합니다. 주치의에게 귀하의 사전 의료 지시서 사본을 제공하는 것은 귀하의 책임입니다. 또한 대리인, 친인척 및/또는 친구에게도 사본을 제공해야 합니다. 버지니아 주 사전 의료 지시서 무료 등록소에 본 의료 지시서를 저장하는 방법에 관한 정보는 <http://www.VirginiaRegistry.org> 을 참조하십시오. 본 양식은 Virginia Hospital & Healthcare Association 이 회원 및 일반 대중을 위한 서비스의 일환으로 제공합니다. (2012년 6월, www.vhha.com) • 11 •