

사전 의료 지시서

버지니아 주

본인 _____는 본인이 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 없는 경우, 본인이 원하는 바가 다음과 같음을 의도적으로 그리고 자발적으로 선언합니다:

본인은 본인의 사전 의료 지시서에 대리인의 선정 및 의료에 관한 본인의 선택 사항들이 포함될 수 있음을 알고 있습니다. “의료”라 함은 그 대상이 누구이든지 사람의 질병, 부상 또는 신체장애를 예방, 완화, 치료 또는 치유할 목적으로 서비스를 제공하는 것을 말하며 서비스에는 다음과 같은 것들을 포함하되 그에 국한하지는 아니합니다; 투약; 수술; 수혈; 항암치료; 방사선 치료; 병원, 보조 생활시설 또는 기타 의료시설에의 입원; 정신병 또는 기타 정신질환 치료; 및 생명연장 시술과 고식적 의료.

“자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 없다는 것”이라 함은 제안된 의료결정의 특징, 범위 및 예상되는 결과를 이해할 수 없다는 것, 또는 제안된 의료결정의 위험성과 이점들을 그 대안의 위험성과 이점들과 비교하여 합리적인 평가를 할 수 없다는 것, 또는 그러한 이해를 어떠한 방법으로든지 알릴 수 없다는 것을 말합니다.

본인이 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 없다는 판정은 본인을 직접 검사한 후에 본인의 주치의와 제 2의 의사 또는 유면허 임상 심리사가 하여야 하며 서면으로 확인하여야 합니다. 제 2의 의사 또는 유면허 임상 심리사는, 독립적인 그러한 의사 또는 유면허 임상 심리사를 합당하게 수배할 수 없지 아니하는 한 본인의 치료에 현재 달리 관여하고 있지 아니하여야 합니다. 그러한 확인은 의료가 계속 필요한 동안 의료를 제공, 계속, 보류, 또는 중단하기 전에, 그리고 누구이든지 지명된 대리인에게 본인을 대신하여 의료결정을 할 권한을 주기 전에, 그리고 의료를 제공, 계속, 보류 또는 중단하기 전에 또는 합당하게 가능한 한 그 직후에 그리고 그 후 180 일마다 이루어져야 합니다.

언제든지 본인이 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 없다고 판정되면, 의료를 제공, 계속, 보류 또는 중단하기 전에 그러한 판정이 내려졌다는 사실을, 본인이 그러한 통지를 받을 수 있는 한, 본인에게 통지하여야 합니다. 그러한 통지는 또한, § 54.1-2986 에 의거하여 본인을 대신하여 의료결정을 할 권한을 위임 받은 본인의 지명 대리인 또는 지명자에게도 가능한 한 조속히 하여야 합니다. 나중에 의사가 본인을 직접 검사한 후 본인이 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 있다고 서면으로

판정한 경우, 이후의 의료결정에는 자세한 정보에 근거한 본인의 동의가 필요합니다.

선택 1: 대리인의 임명 (귀하를 대신하여 의료결정을 할 대리인의 임명을 원하지 않으면, 선택 1 과 2 에 줄을 그어 지우십시오.)

본인은 _____ (1 차 대리인), (주소와 전화번호)

_____를 이

문서로써 본인을 대신하여 의료결정을 할 권한을 위임 받은 대리인으로 임명합니다.

만약 _____ 가 합당하게 수배될 수 없거나

본인의 대리인으로서의 역할을 수행할 수 없거나 수행할 의향이 없는 경우, 본인은

(승계 대리인), (주소와 전화번호)

_____를 그 역할을 수행할 사람으로 임명한다.

본인은 이 문서로써 언제든지 본인이 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 없다고 판정된 경우에는 아래에 기술된 바와 같이 본인을 대신하여 의료 결정을 할 완전한 권능과 권한을 위에 지명한 대리인에게 부여합니다. 아래에 명시된 본인의 대리인의 권한은 본인이 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 없는 한 유효합니다.

본인을 대신하여 의료결정 권한을 행사하는 데 있어서, 본인의 대리인은 이 문서에 명시되거나 다른 방법으로 본인의 대리인에게 알린 희망 사항과 우선 사항을 따라야 한다. 본인의 대리인은 의학적 진단 및 예후에 관한 정보 및 어떠한 내용이든 치료 또는 비-치료와 관련된 침습, 통증, 위험성 및 부작용 등에 관하여 본인의 주치의가 제공한 정보를 참고하여 의사결정의 방향을 잡아야 한다. 본인의 대리인은, 본인의 의료가 본인의 종교적 신앙 또는 기본 가치관에 반한다는 것을 자신이 알거나 합당한 문의를 통하여 당연히 알게 된 경우에는 본인의 의료에 관하여 구두로든지 서면으로든지간에 결정하지 아니하여야 합니다. 본인이 자신을 위하여 결정하였을 경우 어떤 의료 결정을 하였을지를 본인의 대리인이 판단할 수 없는 경우에는, 본인의 대리인은 자신이 생각하기에 본인을 가장 위하는 것이라고 믿는 바에 근거하여 본인을 대신하여 결정하여야 합니다.

선택 2: 본인의 대리인의 권한 (원하시지 않으시는 언어는 줄을 그어 지우시고 원하시는 언어가 있으시면 추가하십시오)

본인의 대리인의 권한에는 다음과 같은 것들이 포함되어야 합니다:

- A. 인공호흡, 인위적 영양 및 수분공급, 및 심폐소생술을 포함하되 그에 국한되지 않는 것으로서, 모든 유형의 치료, 외과적 시술, 진단 시술, 투약 및 신체의 기능에 영향을 미치는 기계적 또는 기타 시술의 사용에 대하여 동의하거나, 동의를 거부하거나 철회할 권한. 이러한 권한에는, 투약하는 경우 중독의 위험 또는 사망을 유발적으로 앞당기는 위험이 수반되더라도, 통증 완화에 충분한 양에 있어서 권장 용량을 초과하여 진통제를 투여하는 것에 대하여 동의할 권한이 특히 포함됩니다;
- B. 의료기록과 입원기록을 포함하되; 그에 국한되지 않는 것으로서, 구두 정보이든지 또는 서면 정보이든간에, 본인의 신체 또는 정신건강에 관한 정보를 요청, 수령 및 검토할 권한 및 그 정보의 공개에 대하여 동의할 권한;
- C. 본인의 의료 제공자를 고용 또는 해고할 권한;
- D. 병원, 임종간호 기관, 요양원, 보조 생활시설 또는 기타 의료시설에 본인을 입원시키거나 그러한 시설에서 퇴원(타 시설로의 이관을 포함)시키는 것을 승인할 권한. 본인이 정신질환의 치료를 위해 의료시설로의 입원시킬 권한을 위임한 경우, 그러한 권한은 본 사전 의료 지시서 어딘가에 명시됩니다.
- E. 본인이 입원에 항의하지 않으며 입원할 시설기관의 의료진에 속한 의사 또는 입원할 시설기관이 지정한 의사가 본인을 진찰하여 본인이 정신질환을 가지고 있으며 자신의 입원에 대하여 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 없으며, 본인이 그 시설에서 치료를 받아야 한다고 서면으로 명시한 경우, 10 역일을 초과하지 않는 기간 동안 본인의 정신질환 치료를 위하여 의료 시설에 본인을 입원시키는 것을 허가할 권한; 및 그 시설에서 본인을 퇴원(타 기관으로의 이관을 포함)시키는 것을 허가할 권한.
- F. 본인의 항의가 있더라도, 입원할 시설기관의 의료진에 속한 의사 또는 입원할 시설기관이 지정한 의사가 본인을 진찰하여 본인이 정신질환을 가지고 있으며 자신의 입원에 대하여 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 없으며 본인이 그 시설에서 치료를 받아야 한다고 서면으로 명시한 경우, 10 역일을 초과하지 않는 기간 동안 본인의 정신질환 치료를 위하여 의료 시설에 본인을 입원시키는 것을

허가할 권한; 및 그 시설에서 본인을 퇴원(타 기관으로의 이관을 포함)시키는 것을 허가할 권한 (본인의 담당의사 또는 유면허 임상 심리사는 이로써 본인이 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 있으며 본인의 사전 의료 지시서의 본 조항의 결과를 알고 있다는 것을 증명합니다:

- _____);
- G. 본인의 항의가 있더라도, 본 사전 의료 지시서에 명시된 특정 유형의 의료(지시서의 다른 조항의 상호 참조 명시)를 허가할 권한. (본인의 담당의사 또는 유면허 임상 심리사는 본인이 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 있으며 본인의 사전 의료 지시서의 본 조항의 결과를 알고 있다는 것을 증명합니다:
- _____);
- H. 본인이 자세한 정보에 근거한 의사결정을 할 수 없다고 판정된 후에 본인이 본인 대리인의 권한에 항의하는 경우에도 본인의 대리인으로서의 역할을 계속 수행할 권한;
- I. 해당 연방법 및 주법에 따라 임상시험심사위원회 또는 연구심사위원회가 승인한 임상시험으로서 본인에게 치료적 혜택의 가능성이 있을 경우, 그 임상시험에 본인이 참여하는 것을 허가할 권한;
- J. 해당 연방법 및 주법에 따라 임상시험심사위원회 또는 연구심사위원회가 승인한 임상시험으로서 본인이 가지고 있을 지 모르는 증세의 과학적 이해를 증진하는 것을 목적으로 하거나 또는 그렇지 않더라도 인간의 복지를 증진시키는 것을 목적으로 하는 경우, 본인에게 치료적 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:
- _____); 그리고
- L. 의료 제공자의 책임 면제를 부여하는 것을 포함하여, 이러한 결정을 시행하는데 필요한 적법한 조치를 취할 권한.
- 또한, 본인의 대리인은 허가를 하였다는 것만으로 자신의 허가에 따른 의료비용에 대하여 책임을 지지 않습니다.

선택 3: 의료 지시사항 (귀하의 의료에 관하여 추가의 구체적인 지시하기를 원하지 않는 경우, 아래의 문단항 A 및/또는 B 에 줄을 그어 지우십시오).

A. 본인은 본인의 주치의의 판단에 따라 주어진 상황에서 의학적으로 적절하면, 본인에게 다음의 의료를 제공할 것을 구체적으로 지시합니다.

B. 본인은 다음의 상황에서는 본인에게 다음의 의료를 제공하지 아니할 것을 구체적으로 지시합니다 (어떠한 상황에서도 의료를 귀하에게 제공하지 아니하여야 한다고 명시할 수도 있습니다)

선택 4: 임종 시 지시사항 (귀하가 질병의 말기 상태이더라도 귀하의 의료에 대해 지시하기를 원하지 않으면 이 선택 항에 줄을 그어 지우십시오).

본인은 언제든지 본인의 주치의가 본인이 질병의 말기 상태이며 – 인공호흡, 심폐소생술, 인위적인 영양공급과 수분공급을 포함한 - 생명연장 시술을 실시하더라도 사망을 인위적으로 연장하는 효과에 지나지 않는다고 판정한 경우에는 그러한 시술을 실시하지 않거나 중단할 것이며 본인에게 안락과 고통의 완화에 필요하다고 간주되는 약물의 투여나 의료 시술만을 제공하여 자연사를 맞이할 수 있게 하기를 지시합니다.

선택 A: 생명연장 시술에 관한 기타 지시사항. (귀하가 자신의 지시사항을 주고자 하는 경우, 또는 위의 지시 사항에 추가하실 사항이 있으신 경우, 여기에 명시하실 수 있습니다. 인공호흡, 심폐소생술, 인위적 영양공급과 수분공급 등과 같은 특정한 생명연장 시술에 관하여 구체적 지시를 하시고자 하는 경우에는, 여기에 기재하십시오). 본인은 다음과 같이 지시합니다:

선택 B: 본인이 말기 상태가 된 경우에는 본인의 의료에 대한 다른 지시 사항은 다음과 같습니다:

상기 생명연장 시술들에 관하여 본인이 지시할 능력이 없는 경우에는, 본인의 가족과 담당의사는 본 사전 의료 지시서를 본인이 의료를 거부하고 그러한 거부로 인한 결과를 수용하는 본인의 최종적인 법적 권리의 최종적 의사 표현으로서 존중하여야 한다는 것이 본인의 의향입니다.

선택 5: 신체의 기증 또는 장기, 조직 또는 안구 기증을 할 대리인의 임명 (귀하를 대신하여 신체 기증이나 장기, 조직 또는 안구 기증을 할 대리인을 임명하기를 원하지 않는 경우에는 이 선택항에 줄을 그어 지우십시오).

본인은 본인의 사망 후 본인의 신체 전부 또는 특정 장기, 조직 또는 안구를 제 32.1 편, 제 8 장, 제 2 조 (§ 32.1 -289.2 참조)에 의거하여 그리고 본인이 지시한 경우 지시사항에 의거하여 기증할 것을 지시합니다. 본인은 이로써

(주소와 전화번호)를 본인 사망 후 그러한 신체 기증 또는 장기, 조직 또는 안구 기증을 수행할 본인의 대리인으로 임명합니다.

또한 본인은 다음과 같이 지시합니다: (신체 기증 또는 장기, 조직 또는 안구 기증에 관한 선언자의 추가 지시사항):

이 사전 의료 지시서는 본인의 무능력의 경우에도 효력을 상실하지 않는다.

무선서 증언 및 취소할 권리: 아래에 서명함으로써, 본인은 정서적으로 그리고 정신적으로 본 사전 의료 지시서를 작성할 수 있으며 이 지시서의 목적과 취지를 알고 있다는 것을 나타내는 바입니다. 본인은 언제든지 (i) 자필 서명하고 날짜를 기입함으로써; 또는 (ii) 본인이 직접 이 사전 의료 지시서를 물리적으로 취소 또는 파기함으로써 또는 타인에게 본인의 입회 하에 이 문서를 파기하도록 지시함으로써; 또는 (iii) 본인의 취소 의향을 구두로 표현함으로써 이 문서의 전부 또는 그 일부를 취소할 수 있다는 것을 알고 있다.

(선서인의 서명)

(날짜)

선서인은 본인의 입회 하에 상기 사전 의료 지시서에 서명하였습니다.

(입회인)

(입회인)
