

## **Introduction to the Korean translation of the POLST form**

---

POLST is a medical order that gives patients more control over their care during serious illness. Printed on a bright pink form and signed by the patient and by a physician, nurse practitioner or physician assistant, POLST lists the types of medical treatment that a patient wishes to receive during serious illness.

This is a Korean translation of the California POLST form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient's wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, email [info@capolst.org](mailto:info@capolst.org) or call (916) 489-2222. To learn more about POLST, visit [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org).

## **한국어로 번역된 POLST 양식에 대한 소개**

---

POLST란 환자들이 중병을 앓고 있는 동안 그들에 대해 더 많은 결정권을 제공하는 의료 지시를 말합니다. 밝은 분홍색 양식에 인쇄되고 환자와 의사, 개업 간호사 또는 의사 보조사가 서명하는 POLST에는 환자가 중병을 앓고 있는 동안에 받기를 원하는 치료의 종류가 기재되어 있습니다.

이것은 한국어로 번역된 캘리포니아 주 POLST양식입니다. 이 번역된 양식은 환자의 희망사항을 POLST양식에 작성하는 것에 대해 상의할 때 교육 목적으로만 사용됩니다. 서명된 POLST 양식은 응급요원이 지시를 읽고 따를 수 있도록 영어로 작성해야 합니다.

영어로 질문하기를 원하시면 [info@capolst.org](mailto:info@capolst.org)로 이메일을 보내시거나 (916) 489-2222로 전화하십시오. POLST에 대해서 더 자세히 알아보시려면 [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org)를 방문하십시오.

*This page is left intentionally blank.*

한국어 버전은 교육 목적으로만 사용됩니다 (Korean version is for educational purposes only).  
 HIPAA는 필요한 경우 POLST를 다른 의료제공자에게 공개하는 것을 허용합니다



EMSA #111 B  
 (유효일: 2016년 1월 1일)\*

## 생명 유지 치료에 대한 의사 지시서 (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

먼저 이 지시서를 따른 후에 의사/NP/PA에게 연락하십시오. 서명한 POLST 양식은 법적으로 유효한 의사의 지시로 인정됩니다. 작성하지 않은 섹션은 그 섹션에 기재된 모든 치료를 받아야 한다는 것을 의미합니다. **POLST는 사전지시서(Advance Directive)를 보충하나 그 문서를 대체하지는 않습니다.**

환자 성:	양식 작성 날짜:
환자 이름:	환자 생년월일:
환자 중간이름:	의료기록 #: (선택 항목)

A 하나만 선택	<b>심폐 소생술(CPR):</b> 환자가 맥박이 뛰지 않고 숨을 쉬지 않는 경우 환자가 심폐정지가 아닌 경우에는 섹션 B와 C의 지시를 따르십시오.
	<input type="checkbox"/> 심폐 소생술/CPR 시도(섹션 A에서 CPR 시도에 표시한 경우에는 반드시 섹션 B에 기재된 모든 치료를 해야 합니다) <input type="checkbox"/> 심폐 소생술을 시도하지 않음/DNR (자연사 허용)

B 하나만 선택	<b>의학적 개입:</b> 환자가 맥박이 뛰는 경우, 그리고/또는 숨을 쉬는 경우.
	<input type="checkbox"/> 완전한 치료 - 의학적 효과가 있는 모든 수단을 사용하여 생명을 연장하는 것이 주 목표. “선택적 치료”와 “고통 완화 치료” 항목에서 설명한 치료에 추가하여, 필요에 따라 삽관, 전문 기도 개입, 기계 환기, 심음동 전환술을 사용하십시오. <input type="checkbox"/> 완전한 치료에 대한 시험 기간 <input type="checkbox"/> 선택적 치료 - 의학적 상태를 치료하지만 견디기 어려운 조치를 피하는 것이 목표. “고통 완화 치료” 항목에서 설명한 치료에 추가하여, 필요에 따라 의학적 치료, IV 항생제 및 IV 수액을 사용하십시오. 삽관을 하지 마십시오. 비침습성 기도 양압술은 사용할 수 있습니다. 일반적으로 집중 치료를 피하십시오. <input type="checkbox"/> 현재 위치에서 고통을 완화할 수 없는 경우에만 병원으로 이송하도록 요청하십시오. <input type="checkbox"/> 고통 완화 치료 - 고통을 최대한 완화하는 것이 주 목표. 필요에 따라 모든 경로를 통해서 약물을 투여하여 통증과 고통을 완화하십시오. 산소, 흡입 및 기도폐쇄 도수치료법을 사용하십시오. “완전한 치료”와 “선택적 치료” 항목에 기재된 치료법을 사용하지 마십시오. 현재 위치에서 고통을 완화할 수 없는 경우에만 병원으로 이송하도록 요청하십시오. 추가 지시: _____

C 하나만 선택	<b>인공 영양 공급:</b> 가능하고 바람직한 경우 입을 통해서 음식물을 공급
	<input type="checkbox"/> 장기 인공 영양 공급(급식관 포함) <input type="checkbox"/> 인공 영양 시도 기간 동안 영양 공급(급식관 포함) <input type="checkbox"/> 인공 영양 공급 방법(급식관 포함) 사용 금지 추가 지시: _____

D	<b>정보 및 서명:</b>		
	상의자: <input type="checkbox"/> 환자(환자가 정신 능력이 있는 경우) <input type="checkbox"/> 법적으로 인정된 의사결정자 <input type="checkbox"/> _____ 에 작성된 사전지시서를 재검토 → 사전지시서에 지명된 건강 관리 대리인: <input type="checkbox"/> 사전지시서를 제공하지 않았음 이름: _____ <input type="checkbox"/> 사전지시서를 작성하지 않았음 전화번호: _____		
	<b>의사 / 개업 간호사 / 의사 보조사 (의사/NP/PA) 서명</b>		
	아래의 본인 서명은 본인이 아닌 한 위 의 지시가 환자의 의학적 상태 및 선호도와 관련하여 적합하다는 것을 나타냅니다.		
	의사/NP/PA의 이름을 정자로 기재:	의사/NP/PA 전화 #:	의사/PA 면허증 #, NP 인증서 #:
	의사/NP/PA 서명: (필수) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	날짜:	
	<b>환자 또는 법적으로 인정된 의사결정자 서명</b>		
	본인은 이 양식을 자발적으로 작성한다는 것을 알고 있습니다. 법적으로 인정된 의사결정자는 이 양식에 서명함으로써 심폐 소생 조치와 관련된 이 치료 요청이 이 양식에 기재된 환자에 대해 본인이 알고 있는 희망사항, 그리고 환자에게 가장 이익이 되는 조치와 일치한다는 것을 확인합니다.		
	정자 이름: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	관계: (개인인 경우“본인”이라고 기재)	
	서명: (필수) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	날짜:	FOR REGISTRY USE ONLY / 등록용
우편 주소(거리/시/주/우편번호):	전화번호:		

환자를 이송하거나 퇴원시킬 때마다 이 양식을 함께 보내십시오

\*유효일이 2009년 1월 1일, 2011년 4월 1일 또는 2014년 10월 1일인 양식 버전도 유효합니다

## HIPAA는 필요한 경우 POLST를 다른 의료제공자에게 공개하는 것을 허용합니다

### 환자 정보

이름 (성, 이름, 중간 이름):	생년월일:	성별: 남성 여성
--------------------	-------	--------------

### NP/PA 감독 의사

### 작성자 이름 (서명한 의사/NP/PA가 아닌 경우)

이름:	이름/직위:	전화번호:
-----	--------	-------

### 추가 연락처

 없음

이름:	환자와의 관계:	전화번호:
-----	----------	-------

### 의료제공자에 대한 지시사항

#### POLST 작성

- **POLST 양식은 자발적으로 작성합니다.** 캘리포니아 주법은 의료제공자가 POLST 양식을 따를 것을 요구하고, 이 법을 성실하게 준수하는 의료제공자에 대해서는 책임을 면제합니다. 병원에서는, 의사, 또는 의사의 감독을 받는 개업 간호사(NP)나 의사 보조사(PA)가 환자를 진단한 후에 환자가 선호하는 것과 일치하는 적절한 지시를 할 것입니다.
- **POLST는 사전지시서를 대체하지 않습니다.** 사전지시서와 POLST 양식이 작성된 경우에는 두 양식을 검토하여 일관성이 있는지 확인하고, 양식들을 적절히 업데이트하여 일치하지 않는 사항을 수정하십시오.
- POLST는 환자의 선호도와 의학적 적응증에 근거하여 의료제공자가 작성해야 합니다.
- 법적으로 인정된 의사결정자에는 법원이 지명한 후견인 또는 보호자, 사전지시서에 지명된 대리인, 구두로 지명된 대리인, 배우자, 등록 동거인, 미성년자의 부모, 가장 가까운 친척, 또는 환자의 의사/NP/PA가 환자에게 무엇이 가장 이익이 되는지 가장 잘 알고 있다고 확신하고 환자가 표명한 희망사항과 가치관에 따라(아는 한도 내에서) 의사 결정을 할 사람이 포함됩니다.
- 법적으로 인정되는 의사 결정자는 환자가 정신 능력이 없거나 의사결정자의 권한이 즉시 발효된다고 명시한 경우에 한해 POLST 양식을 집행할 수 있습니다.
- POLST 양식이 유효하려면 (1) 의사, 또는 의사의 감독을 받고, 법률이 인가한 업무 범위 내에서 치료를 하는 개업 간호사나 의사 보조사, 그리고 (2) 환자 또는 의사결정자가 서명을 해야 합니다. 구두 지시는 의료시설/지역사회의 정책에 따라 의사/NP/PA가 추후에 서명을 하면 인정됩니다.
- 환자 또는 의사결정자가 번역된 양식을 사용하는 경우에는 그 양식을 서명된 영어 POLST 양식에 첨부하십시오.
- 원본 양식을 사용할 것을 적극적으로 권장합니다. 그러나 서명된 POLST 양식의 사진 및 팩스 사본도 적법하고 유효합니다. 또한 이 양식의 사본 1부를 환자의 의료기록에 보관해야 합니다(가능한 경우, 분홍색 사본을 보관).

#### POLST의 사용

- POLST 양식에서 작성하지 않은 섹션은 그 섹션에 기재된 모든 치료를 받아야 한다는 것을 의미합니다.

##### 섹션 A:

- 환자가 맥박이 뛰지 않고 숨을 쉬지 않는 경우, "심폐 소생술 시도 금지"를 선택한 사람에 대해서는 제세동기(체외형 자동 제세동기 포함)를 사용하거나 가슴을 압박하지 마십시오.

##### 섹션 B:

- 현재 위치에서 고통을 완화할 수 없는 경우에는 환자("고통 완화 치료"항목에 표시한 환자 포함)를 고통을 완화할 수 있는 시설로 이송해야 합니다(예를 들면, 고관절 골절의 치료).
- 비침습성 기도 양압술에는 지속성 기도 양압술(CPAP), 2 단계 기도 양압술(BiPAP), 백 밸브 마스크(BVM) 보조 호흡기가 포함됩니다.
- 점적 항생제 투여 및 수분 공급은 보통 "고통 완화 치료"에 해당되지 않습니다.
- 탈수에 대한 치료는 생명을 연장합니다. 환자가 점적 수액을 원하는 경우에는 "선택적 치료" 또는 "안전한 치료" 항목에 표시하십시오.
- 지역 EMS 프로토콜에 따라, 섹션 B에 기재한 "추가 지시"를 EMS 요원이 이행하지 않을 수도 있습니다.

#### POLST의 재검토

POLST를 정기적으로 재검토할 것을 권장합니다. 특히, 다음과 같은 경우에 재검토를 권장합니다.

- 환자를 한 진료 시설이나 단계로부터 다른 시설이나 단계로 옮기는 경우, 또는
- 환자의 건강 상태에 중대한 변화가 있는 경우, 또는
- 환자의 치료 선호도가 바뀌는 경우

#### POLST의 변경과 취소

- 정신 능력이 있는 환자는 언제든지 대체 치료를 요청하거나, 또는 POLST를 취소할 의사를 표시하는 모든 방법을 사용하여 이를 취소할 수 있습니다. 취소한다는 것을 문서로 확인하기 위해 섹션 A부터 D까지 줄을 긋고 대문자로 "VOID(취소)"라고 적은 후에 그 줄에 서명 및 날짜를 기입할 것을 권장합니다.
- 법적으로 인정된 의사결정자는 알고 있는 환자의 희망사항 또는 환자에게 가장 이익이 되는 조치(환자의 희망사항을 모르는 경우)에 근거하여 의사/NP/PA와 협력하여 이 지시의 변경을 요청할 수 있습니다.

이 양식은 캘리포니아 주 응급 의료 서비스 기관(California Emergency Medical Services Authority)이 주 전체의 POLST 태스크포스와 협력하여 승인했습니다.  
이 양식에 대한 더 자세한 정보나 사본이 필요하시면 [www.caPOLST.org](http://www.caPOLST.org)를 방문하십시오.

**환자를 이송하거나 퇴원시킬 때마다 이 양식을 함께 보내십시오**