



의료 지시서 (또는 "사망 선택 유언")

의료 지시서란 무엇입니까?

만약 귀하가 말기 환자이거나, 영구적 무의식 상태이며 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 어떤 치료를 원하고 원하지 않는지를 기재하는 양식입니다. 또한 귀하의 의료 가치를 기록할 수도 있습니다.

의료 가치란 무엇입니까?

치료에 대한 종교적, 윤리적, 개인적 선호 사항을 포함한 의료에 대한 귀하의 희망 사항 및 선호 사항입니다. 이는 귀하가 말기 환자이거나 영구적 무의식 상태인 경우뿐만 아니라 스스로 결정을 내릴 수 없는 모든 상황에서 귀하를 위한 결정을 내리는 지침이 되어야 합니다.

예시:

- "숨이 막히는 느낌이 들까 봐 걱정됩니다. 압박감에서 벗어날 수 있도록 무엇이든 해주세요."
- "낮은 수준의 통증은 참을 수 있습니다. 통증과 명확한 의식의 균형을 이루고 싶습니다."
- "의료 서비스를 많이 받는 것보다 삶의 질이 더 중요합니다."
- "가장 중요한 것은 병원에서 훌륭한 치료를 받는 것입니다."
- "야외 활동 능력이 삶을 가치 있게 만듭니다. 건강 상태 때문에 밖에 나갈 수 없다면 더 이상 살고 싶지 않을 것입니다."
- "가족을 알아보고 작별 인사를 할 수 있는 것이 중요합니다."
- "마지막 날들을 집에서 보내고 싶습니다."
- "제가 믿는 종교에서는... (의료에 관한 귀하의 종교적 전통을 설명하십시오)."

- "저는 재즈 음악을 좋아합니다. 기회가 있을 때마다 듣고 싶습니다."

의료 지시서에 누가 나를 대신하여 결정을 내릴 것인지 명시되어 있습니까?

아니요. 그렇게 하기 위해서는 지속 위임장이 필요합니다. 위임장을 통해 귀하의 의료 결정을 도와줄 믿을 수 있는 친구나 친척을 지정할 수 있습니다. [지속 위임장](#) 양식은 [WashingtonLawHelp.org](#) 에서 찾을 수 있습니다. [Washington Forms Online](#) 에서 의료 지시서 작성과 동시에 지속 위임장을 작성할 수 있습니다. [지속 위임장](#) 페이지에서 자세한 내용을 알아보고, 인쇄 가능한 양식을 찾아보십시오.

여전히 독자적인 결정을 내릴 수 있습니까?

네! 결정을 내릴 능력이 있는 경우에는 스스로 의료 결정을 내릴 수 있습니다. 또한 언제든지 지시서를 변경하거나 취소할 수 있습니다.

의료 지시서 양식은 공증이 필요합니까?

공증인 입회하에 의료 지시서에 서명하는 것이 가장 좋습니다. 공증인을 찾을 수 없다면 '이해관계가 없는' 증인 두 명 입회하에 서명을 하실 수도 있습니다.

서명을 한 후 어떻게 해야 합니까?

의료 서비스 제공자, 대리인, 신뢰할 수 있는 친구나 친척에게 사본을 전달하십시오. 또한 지역 병원에서 파일로 보관해 줄 수 있는지 문의하십시오.

다른 종류의 지시서가 있습니까?

네. 귀하에게 정신 건강 장애나 치매가 있는 경우 어떤 종류의 치료를 원하는지 설명할 수 있는 의료 지시서가 있습니다. 다른 종류의 지시서는 [WashingtonLawHelp.org](#) 에서 찾을 수 있습니다.

법적 도움이 필요한 경우 어떻게 해야 합니까?

- 온라인 신청 - nwjustice.org/apply-online
- 킹 카운티에서 법적 문제가 발생했습니까(퇴거 또는 압류 제외)? 평일 오전 8 시에서 오후 6 시 사이에 2-1-1(또는 무료 전화 1-877-211-9274)번으로 전화해 주십시오. 담당자가 법적 조언 제공자에게 연결해 드릴 것입니다.
- 킹 카운티 외부에서 법적 문제가 발생했습니까(퇴거 또는 압류 제외)? 평일 오전 9 시 15 분에서 오후 12 시 15 분 사이에 CLEAR 핫라인에 1-888-201-1014 번으로 전화하거나, nwjustice.org/apply-online 에서 온라인으로 신청하십시오.
- 퇴거당할 위기에 직면해 있습니까? 1-855-657-8387 번으로 연락하십시오.
- 압류당할 위기에 직면해 있습니까? 1-800-606-4819 번으로 연락하십시오.
- 킹 카운티 외부에서 법적 문제가 발생한 고령자(60 세 이상)는 CLEAR*Sr 에 1-888-387-7111 번으로 전화하실 수 있습니다.

청각 장애, 난청 또는 언어 장애가 있는 경우 원하는 중계 서비스를 사용하여 위 번호로 전화하실 수 있습니다.

통역을 제공해 드립니다.

이 간행물은 귀하의 권리와 책임에 관한 일반 정보를 제공합니다. 이는 특정 법률 조언을 대체하는 것이 아닙니다.

© 2024 Northwest Justice Project — 1-888-201-1014.

(평등 사법 연합[Alliance for Equal Justice]과 비상업적 목적으로 사용하는 개인에게만 복사 및 배포 권한을 부여합니다.)

이름: (My name:) _____

생년월일: (My date of birth:) _____

의료 지시서: (Health Care Directive of:)

[이름/My Name]

본인은 정신과 신체가 건강하며 본 의료 지시서에 자발적으로 서명합니다. 본인이 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 본인의 친척, 친구, 대리인 및 의료 서비스 제공자는 본 지침의 모든 부분을 전적으로 존중해야 합니다. 본 지침서의 일부가 유효하지 않은 경우 나머지 부분을 존중해야 합니다. 본인은 과거에 서명한 모든 의료 지시서를 철회합니다.

I am of sound mind and body, and voluntarily execute this health care directive. If I cannot make decisions for myself, my relatives, friends, agents, and medical providers should fully honor every part of this directive. If any part of this directive is invalid, the rest should be honored. I revoke any health care directives I have signed in the past.

1. **의료 가치:** 다음 희망 사항 및 선호 사항은 본인의 치료에 관한 모든 결정의 지침이 되어야 합니다.

Health Care Values: The following wishes and preferences should guide all decisions made about my care:

a. **내 삶을 살 가치가 있도록 만드는 것:**

What makes my life worth living.

말기 또는 심각한 상태로 인하여 삶을 살 가치가 있도록 만드는 일을 **영원히** 할 수 없게 될 수 있습니다. 이러한 경우, **다시는 다음 활동을 할 수 없다면** 임종 돌봄, 통증 완화 처치를 제외한 모든 치료를 중단해 주십시오.

Some terminal or serious conditions may stop me from **ever** doing the things that make life worth living for me. In that situation, I want you to stop all treatment except comfort care, pain relief and palliative care if I **cannot ever again:**

유의미한 방법으로 가까운 친구와 가족 식별

Recognize my close friends and family in any meaningful way

운동

exercise

야외 활동

be outdoors

독서

read

TV 프로그램 및 영화 시청

watch tv shows/movies

다음 활동: _____

do the following: _____

이름: (My name:) _____

생년월일: (My date of birth:) _____

기타: _____

Other: _____

인생은 언제나 살 가치가 있습니다. 살리기 위해 할 수 있는 모든 처치를 해주십시오.

Life is always worth living. Do everything you can to keep me alive.

b. **희망 사항:** 마지막 날들에 다음 활동을 하고 싶습니다.

My hopes. In my last days, I hope to spend my time:

가까운 친구, 가족과 함께 시간 보내기: _____

With my close friends and family: _____

애착 물건 및/또는 반려동물과 함께 시간 보내기: _____

With the following comfort items and/or pets: _____

가능하다면, 다음 음식 먹거나 마시기: _____

Eating/drinking the following items, if possible: _____

다음 음악 감상: _____

Listening to the following music: _____

기타: _____

Other: _____

c. **통증 관리:** 마지막 날들에 통증 관리와 명확한 의식이 균형을 이뤘으면 합니다.

Pain Management. In my last days, I hope to balance pain management and mental clarity in this way:

의식이 명확하지 않더라도 최대한 통증 없이 시간을 보내고 싶습니다.

I hope to spend my time in as little pain as possible, even if I'm not mentally clear.

이름: (My name:) _____

생년월일: (My date of birth:) _____

가족과 의사소통하고 함께 지낼 수 있는 능력과 완화에 따르는 통증의 균형을 맞춰 주십시오. 명확한 의식을 얻는 대가로 어느 정도의 통증(아래 척도 참조)을 견딜 수 있습니다.

Please balance my ability to communicate and remain present with my family against the amount of pain in providing relief. I can tolerate some amount of pain (check on the scale below) in exchange for more mental clarity.

1 = 통증을 거의 느끼지 못함

Hardly notice pain

2 = 통증이 활동을 방해하지는 않음

Notice pain does not interfere with activities

3 = 가끔 신경이 쓰임

Sometimes distracts me

4 = 신경이 쓰이지만 일상적인 활동 가능

Distracts me, can do usual activities

5 = 일부 활동을 방해함

Interrupts some activities

6 = 무시하기 어렵고 일상적인 활동을 피함

Hard to ignore, avoid usual activities

7 = 주의가 집중되어 일상 활동 불가능

Focus of attention, prevents doing daily activities

8 = 심각함, 아무것도 할 수 없음

Awful, hard to do anything

9 = 통증을 견디지 못하고 아무것도 할 수 없음

Can't bear the pain, unable to do anything

10 = 최악의 상태, 다른 것은 중요하지 않음

As bad as it could be, nothing else matters

d. **두려움:** 우려되는 상황이나 치료법이 있으며, 가능하다면 예방하거나 피하고 싶습니다.

My fears. There are situations or treatments I am concerned about and want to prevent or avoid if possible.

두려운 증상(예: 숨가쁨, 갈증, 숨이 막히는 느낌, 메스꺼움, 두통): _____

I have a fear of (examples: shortness of breath, thirst, choking sensation, nausea, headaches): _____

임종 돌봄을 통해 이러한 느낌을 해소할 수 있도록 최선을 다해주시기 바랍니다.

Please do everything possible to relieve me of that feeling through comfort care.

이름: (My name:) _____

생년월일: (My date of birth:) _____

말기 질환에 평생 모은 돈을 쓰고 싶지 않습니다. 최소한의 비용으로 임종 돌봄을 제공해 주십시오.

I don't want to spend our life savings on my final illness. Please provide the least costly comfort care for my end-of-life care.

기타: _____

Other: _____

e. 머물고 싶은 곳: 가능하다면 다음 장소에서 치료를 받고 싶습니다.

Where I want to be. I would like to receive care in the following place/s if possible:

집

My home.

호스피스 시설

Hospice care.

생활 지원 시설

An assisted living facility.

노인 주거 시설

An adult family home.

요양원

A nursing home.

병원

A hospital.

당시의 필요와 상황에 따라 원하는 곳에서 치료를 받는 것이 불가능할 수도 있다는 것을 알고 있습니다. 본인은 의료 결정권자를 신뢰하며, 그들이 본인의 가치를 고려하고 사랑하는 이들, 의료 서비스 제공자와 상담한 후 본인을 위한 최선의 결정을 내릴 것임을 믿습니다.

I know that it may not be possible for me to receive care where I want, given my needs and circumstances at the time. I trust my healthcare decision-maker/s and know that they will make the best decisions for me after considering my values, and consulting with my loved ones and care providers.

기타: _____

Other: _____

f. 기타 알아야 할 사항:

Other things to know about me:

친구와 가족에게 본인의 상태를 알리고, 그들에게 방문하여 작별 인사를 할 수 있는 기회를 주고 싶습니다.

I would like my friends and family to be notified of my condition and given an opportunity to visit me to say goodbye.

이름: (My name:) _____

생년월일: (My date of birth:) _____

친구와 가족에게 방문하여 작별 인사를 할 수 있는 시간을 주기 위해 필요하다면 짧은 기간 동안 살아있고 싶습니다.

I would like to be kept alive for a short period of time if needed to allow friends and family time to travel and say goodbye.

가능하다면 마지막 날들 동안 창밖을 내다보거나 자연을 감상할 수 있었으면 좋겠습니다.

If possible, I would like to be able to look out a window or see nature during my last days.

본인의 종교 또는 문화적 전통에 따라 의료 및 임종 관리와 관련하여 다음과 같은 관행이 필요합니다.

My religious or cultural traditions require the following practices around health care and end of life care:

기타:

Other: _____

2. 말기 상태 또는 영구적 무의식 상태: 주치의가 말기 상태로 진단을 내리거나 두 명의 의사가 영구적인 무의식 상태에 있다고 판단하고 연명 치료가 사망 과정을 인위적으로만 연장할 뿐이라고 결정하는 경우, 본인은 다음을 원합니다.

Terminal Illness or Permanent Unconscious Condition. If my attending physician diagnoses me with a terminal condition or two physicians determine that I am in a permanent unconscious condition, and if my physician/s determine that life-sustaining treatment would only artificially prolong the process of dying, I want:

a. **임종 돌봄 및 진통제:** 통증이나 불편함을 겪고 있는 것으로 보일 경우, 의료 서비스 제공자가 의도치 않게 죽음을 앞당길 수 있다고 생각하더라도 편안함을 제공하는 치료와 약물 치료를 원합니다.

Comfort Care and Pain Medication. If I appear to be experiencing pain or discomfort, I want treatment and medications to make me comfortable, even if my medical providers believe it might unintentionally hasten my death.

이름: (My name:) _____

생년월일: (My date of birth:) _____

b. **인공 생명 유지 철회:** 다음과 같은 치료는 보류 또는 철회되어야 합니다.

- 인공 영양 공급
- 인공 수분 공급
- 인공 호흡(산소 호흡기)
- 인공 호흡, 심장 조절 약물, 이뇨제, 각성제 또는 기타 심부전 치료를 포함한 심폐소생술(CPR)
- 생명을 연장하거나 유지하기 위한 수술
- 신장 기능 상실로 인한 혈액 투석 또는 여과
- 손실되거나 오염된 혈액을 대체하기 위한 수혈
- 통증 완화가 아닌 생명 연장을 목적으로 사용되는 약물
- 생명을 연장하거나 인위적으로 생명을 유지하기 위해 사용되는 기타 의학적 치료

Withdraw Artificial Life Support.

The following treatment should be **withheld** or **withdrawn** from me:

Artificial nutrition

Artificial hydration

Artificial respiration (ventilator)

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR), including artificial ventilation, heart regulating drugs, diuretics, stimulants, or any other treatment for heart failure

Surgery to prolong my life or keep me alive

Blood dialysis or filtration for lost kidney function

Blood transfusion to replace lost or contaminated blood

Medication used to prolong life, not for controlling pain

Any other medical treatment used to prolong my life or keep me alive artificially

3. **의료 기관:** 종교 또는 기타 신념을 이유로 본 지시서를 따르지 않는 병원이나 기타 의료 기관에 입원하는 경우: (1) 입원에 대한 동의는 치료에 대한 암묵적인 동의가 아니며, (2) 본 지시서를 존중하는 병원이나 기타 의료 기관으로 최대한 빨리 이송되기를 원합니다.

Health Care Institutions. If I am admitted to a hospital or other medical institution that will not honor this directive due to religious or other beliefs: (1) my consent to admission is not implied consent to treatment, and (2) I want to be transferred as soon as possible to a hospital or other medical institution that will honor my directive.

이름: (My name:) _____

생년월일: (My date of birth:) _____

4. **변경 및 취소:** 본인은 본 지시서에 서명하기 전 문구를 변경할 수 있음을 인지합니다. 또한 언제든지 본 지시서를 취소할 수 있다는 것을 인지합니다.

Changes and Cancellation. I understand that I can change the wording of this directive before I sign it. I also understand that I can cancel this directive at any time.

날짜 (Date)

▶ _____
서명(공증인 또는 증인 입회하)
(My Signature (in front of notary or witnesses))

공증(우선) (Notarization (preferred))

워싱턴주 (State of Washington)

카운티 (County of) _____

본인 입회하에 서명하거나 선서함(날짜) _____

Signed or attested before me on (date)

서명인(이름) / by (name) _____

날짜 (Date)

▶ _____
공증인 서명 (Signature of Notary)

워싱턴주 공증인.

(Notary Public for the State of Washington)

공증 만료일 (My commission expires)

이름: (My name:) _____
생년월일: (My date of birth:) _____

증인 진술(공증인을 찾지 못한 경우 대체)
(Statement of Witnesses (only if you cannot find a notary))

_____(날짜), 본 문서의
신고인은 본인의 입회하에 문서에
서명하였습니다. 본인은 신고인이 의료 결정을
내리고 본 문서를 이해할 수 있으며 자발적으로
서명한 것으로 판단합니다.

- 본인은 신고인과 혈연이나 결혼 관계가
아닙니다.
- 본인은 유언장이나 법의 적용으로, 또는
신고인에 대한 청구의 결과로 신고인의
재산을 받을 권리가 없습니다.
- 본인은 신고인의 주치의, 주치의의 직원,
또는 신고인이 입원한 의료 시설의 직원이
아닙니다.

On (date) _____, the
declarer of this document signed it in my
presence. I believe the declarer is able to
make health care decisions, to understand
this document, and to have signed it
voluntarily.

I am not related by blood or marriage to
the declarer.

I am not now entitled to receive any
portion of the declarer's estate, either by
will or by operation of law, or as a result
of any claim against the declarer.

I am not the declarer's attending
physician or an employee of that
physician or of a health facility in which
the declarer is a patient.

증인 1 (Witness 1)

▶ _____
서명 (Signature)

성명 (Print Name)

주소 (Address)

증인 2 (Witness 2)

▶ _____
서명 (Signature)

성명 (Print Name)

주소 (Address)

의료 지시서 연락처 정보
 (지시서에 첨부하십시오)
(Health Care Directive Contact Information
(Attach this to your Directive))

성명 - 이름, 중간 이름, 성 (My name -first, middle, last)	
생년월일 (My date of birth)	주치의 (My primary care medical provider)
전화번호 (My phone number)	이메일 주소 (My email address)
우편 주소 (My mailing address)	

본인이 불가능한 경우 다른 사람("대리인")이 본인을 대신하여 의료 결정을 내릴 수 있도록 하는 지속 위임장을 가지고 있습니다.
*(I have a **Durable Power of Attorney** form that lets someone else (my "agent ") make health care decisions for me if I am not able.)*

의료 대리인 성명 (My health care agent 's name)	
대리인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등) (My agent 's relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.))	
대리인 전화번호 (My agent 's phone number)	대리인 이메일 주소 (My agent 's email address)

대체 의료 대리인 성명 (My alternate health care agent's name)	
대체 대리인과의 관계(예: 친구, 파트너, 배우자, 자매 등) (My alternate agent's relationship to me (e.g. friend, partner, spouse, sister, etc.))	
대체 대리인 전화번호 (My alternate agent's phone number)	대체 대리인 이메일 주소 (My alternate agent's email address)

용어집 (Glossary)

의료 지시서 검토 시 도움이 될 수 있는 용어입니다.

- **인공 영양 공급:** 스스로 먹을 수 없거나 삼킬 수 없는 경우 영양을 보충하는 방법입니다. 영양 공급 튜브가 코를 통해 위까지 삽입됩니다. 튜브를 통해 장기간 영양을 공급해야 하는 경우, 수술을 통해 튜브를 위장에 직접 삽입할 수 있습니다. 임종에 가까워지고 신체가 영양분을 적절하게 사용할 수 없는 경우, 인공 영양 공급은 해로울 수 있습니다.
- **인공 수분 공급:** 물을 마실 수 없을 때 수분을 공급하는 방법입니다. 플라스틱 IV 튜브를 정맥에 삽입하여 수분을 공급합니다. 임종에 가까워지고 신체가 수분을 적절하게 사용할 수 없는 경우, 인공 수분 공급은 해로울 수 있습니다.
- **심폐소생술(CPR):** 심장이 완전히 마비되고, 심장 박동이 없고, 호흡이 없을 때 실시되는 치료입니다. CPR 은 폐에 공기를 주입하면서 가슴을 힘차게 반복해서 누릅니다. 누르는 힘이 상당히 강해서 갈비뼈가 부러지거나 폐가 허탈되는 경우도 있습니다. 제세동으로 알려진 전기 충격과 약물도 사용될 수 있습니다. 이 과정에서 삽관이 실시될 수도 있습니다. 삽관은 공기가 빠르게 유입될 수 있도록 목구멍에서 기관지로 튜브를 삽입하는 시술입니다.
- **연명 치료:** 말기 진단을 받은 환자나 영구적 무의식 상태에 있는 환자에게 시행할 경우 사망 과정을 연장시키는 기계적 또는 인공적인 의료

Here are some terms you may find helpful when reading a health care directive:

Artificial nutrition: a way to feed you if you can't feed yourself or swallow. A feeding tube is inserted through your nose and down to your stomach. If you need tube feeding for an extended period, a feeding tube may be surgically inserted directly into your stomach. Artificial nutrition can be harmful if you are dying and your body cannot use the nutrition properly.

Artificial hydration: a way to hydrate you if you can't drink. A plastic IV tube is inserted into the vein to deliver hydration. Artificial hydration can be harmful if you are dying and your body cannot use the hydration properly.

Cardiopulmonary Resuscitation (CPR): a treatment that is initiated when someone has a complete cardiac arrest, no heartbeat and not breathing. CPR involves repeatedly pushing on the chest with force, while putting air into the lungs. The force has to be quite strong, and sometimes ribs are broken or a lung collapses. Electric shocks, known as defibrillation, and medicines might also be used. A person may also be intubated in this process, which is a tube put down the throat and into the windpipe to help get air into the person quickly.

Life-sustaining treatment: any mechanical or artificial medical intervention that, when applied to a person diagnosed with a terminal condition or a person in a permanent unconscious condition, would

개입입니다. 연명 치료에는 통증 완화에만 필요한 약물이나 의학적 개입이 포함되지 않습니다.

- **통증 완화 처치:** 심각한 질병을 앓고 있는 환자를 위한 전문 의료 서비스입니다. 질병의 증상과 스트레스를 완화하는 데 중점을 두고 있습니다. 목표는 환자와 가까운 친구, 가족 모두의 삶의 질을 향상시키는 것입니다.

- **영구적 무의식 상태:** 치료할 수 없고 되돌릴 수 없는 상태입니다. 합리적인 의학적 판단에 따라 혼수상태 또는 지속적인 식물인간 상태에서부터 회복될 합리적인 가능성이 없는 상태입니다.

- **말기 상태:** 부상, 질환, 또는 질병으로 인하여 허용된 의료 기준에 따라 합리적인 기간 내에 사망을 초래하고 연명 치료를 적용할 경우 사망 과정만 연장되는 치료 불가능하고 되돌릴 수 없는 상태입니다.

- **산소 호흡기:** 호흡을 돕는 기계입니다. 산소 호흡기에 연결된 튜브를 목구멍에서 기관지로 삽입하여 기계가 공기를 폐로 주입합니다. 튜브가 불편하기 때문에 산소 호흡기를 사용하는 동안 진정 상태를 유지하기 위해 약물이 사용되기도 합니다. 장기간 산소 호흡기를 사용해야 하는 경우, 의사는 목을 절개하여 튜브를 기관에 직접 삽입하는 기관절개술을 시행할 수 있습니다.

only prolong the process of dying. Life-sustaining treatment does not include medication or medical intervention necessary to alleviate pain only.

Palliative care: Specialized medical care for people living with a serious illness. It is focused on providing relief from the symptoms and stress of the illness. The goal is to improve quality of life for both the patient and their close friends and family.

Permanent unconscious condition: an incurable and irreversible condition; a condition where a person has no reasonable probability of recovery from an irreversible coma or a persistent vegetative state according to reasonable medical judgment.

Terminal condition: an incurable and irreversible condition caused by injury, disease, or illness, that will cause death within a reasonable period of time according to accepted medical standards, and where the application of life-sustaining treatment serves only to prolong the process of dying.

Ventilator: a machine that helps you breathe. A tube connected to the ventilator is put down your throat into your trachea (windpipe) so the machine can force air into your lungs. Because the tube is uncomfortable, medicines are often used to keep you sedated while on a ventilator. If you need to remain on a ventilator for a long time, a doctor may perform a tracheotomy where a tube is inserted directly into your trachea through a hole in your neck.