

## 사전 치료 계획

### 귀하의 치료에 대한 향후 결정에 대비하기

중병을 앓고 있는 사람이 잘 살거나 잘 살 수 있도록 돕는 일에는 질병이 진행됨에 따라 그들의 필요에 적응하는 것이 포함됩니다. 이 시기에는 여러분과 사랑하는 사람들이 임종 간호에 대한 신념, 가치관, 희망사항에 대해 이야기하는 것이 중요합니다.

### 사전 의료 계획이란 무엇인가요?

사전 의료 계획은 사랑하는 가족과 간병인에게 본인의 의사를 전달할 수 있게 해줍니다. 이를 통해 스스로 의사 표현을 할 수 없는 시기가 오더라도 본인의 의사가 존중될 것이라는 확신을 가질 수 있습니다. 또한 간병에 관한 중요한 결정을 내리게 될 가족들의 불안감을 덜어주는 데 도움이 됩니다.

사전 의료 계획에는 다음이 포함됩니다:

- 연명 치료에 대해 알아보기. 여기에는 영양 및 수액 공급, 호흡기(인공호흡기) 사용, 소생술, 수술 등이 포함됩니다.
- 죽음과 임종에 대한 개인적 가치와 영적 신념에 대해 사랑하는 사람들과 이야기하기.
- 스스로 결정할 수 없을 때 자신을 대변하고 치료에 관한 결정을 내릴 사람을 결정하기.
- 더 이상 스스로 결정을 내릴 수 없는 경우 어떤 치료를 원하는지를 결정하기.
- 임종 시 선호 사항에 대한 법적 문서를 준비하고 의료 서비스 제공자에게 사본을 제공하기.



사전 간병 계획을 세우면 여러분과 사랑하는 사람들이 더 안심할 수 있습니다.

## 어떤 양식의 서류가 필요한가?



필요한 양식을 구하는 방법에 대하여  
질문이 있는 경우 담당 사회  
복지사에게 문의하십시오.

다음은 사전 계획에 포함되는 몇 가지 양식의 서류들입니다:

- **사전 연명 의료 의향서(존엄사 유연장):** 이 법적 양식은 스스로 의사표현을 할 수 없을 경우 치료에 대한 본인의 바람을 설명합니다. 이 양식의 사본을 귀하의 가족 구성원과 각 의료 서비스 제공자에게 주십시오. 워싱턴 주에서는 존엄사 유연장을 공증할 필요가 없습니다. 빈 양식을 사회 복지사에게 요청하십시오.
- **영구성 의료결정 대리인 위임장:** 이 법적 양식은 의료 결정을 귀하가 스스로 할 수 없을 경우 신뢰할 수 있는 사람을 지정할 수 있게 허용합니다. 이 사람은 귀하가 원하는 것을 알아야 하고 이 역할을 기꺼이 수락해야 합니다. 워싱턴 주에서는 이 양식을 공증할 필요가 없습니다. 빈 양식을 사회 복지사에게 요청하십시오.
- **재정/영구성 대리인 위임장:** 신뢰할 수 있는 사람을 재정/지속성 대리인으로 지정할 수 있습니다. 이 사람은 귀하가 스스로 결정을 내릴 수 없을 때 재정적 결정을 내릴 권리가 있습니다. 은행 계좌가 두개 이상 있을 경우 이 양식의 사본을 각 은행 또는 금융 기관에 제출해야 합니다. 워싱턴 주에서 이 양식은 공증을 **받아야** 합니다. 빈 양식을 사회 복지사에게 요청하십시오.
- **유언장:** 유언장은 사후에 재산, 돈, 기타 소유물에 대하여 귀하가 원하는 처리방법을 지시하는 법적 문서입니다. 이것은 또한 필요한 경우 자녀를 돌보는 계획도 설명합니다. 유언장을 작성하지 않은 경우, 주법은 귀하의 돈과 자녀가 가족원에게 전달되는 방법을 결정할 수 있습니다. 많은 사람들은 유언장을 작성하기 위해서 변호사를 고용하지만 온라인에서 개요를 찾을 수 있습니다. 유언장은 공증을 **받아야** 합니다.
- **POLST(생명 연장 치료에 대한 의사 지시서):** 이 양식은 귀하가 중병에 걸린 경우 귀하가 원하는 치료방법을 명시합니다. 주법은 모든 의료 서비스 제공자는 치료를 제공할 때 이 명령을 따를 것을 요구합니다. 이 치료는 병원, 요양원, 생활 보조 시설, 자택에서 또는 구급대원에 의해서 제공될 수도 있습니다. 귀하와 의료 제공자는 귀하의 치료 목적을 바탕으로 POLST 양식을 작성합니다. 두 사람 모두 이 양식에 서명해야 합니다. 이 양식은 다른 사전 의료 지시서를 대체하지 않습니다. 법적 의료 결정권자를 지정하고자 할 경우에도 해당 양식이 필요할 것입니다. 의료 서비스 제공자에게 빈 POLST 양식을 요청하십시오.

### 문의사항?

귀하의 질문은 중요합니다.  
담당이나 의료 제공자에게  
질문이나 우려사항에 답변을  
도와줄 수 있는 사회 복지사와  
연결해 달라고 요청하십시오.

담당의 또는 사회 복지사의 이름과  
전화번호:

---

---