



respect for the right to choose

양식 3에이 - 2021

사전 의료 지시서

아래에서 만든

의료 계획 및 결정에 관한 법률 2016(Vic.)

일단 작성, 서명 및 입회하면 이 사전 의료 지시서는 귀하가 작성했을 수 있는 이전 사전 치료 지시서를 대체합니다. Dying With Dignity Victoria 빅토리아는 신중하게 고려한 후에만 이 양식을 작성할 것을 강력히 권장합니다.

1. 개인정보

이름:	
주소:	
상태:	
우편번호:	
생일:	

서명 당시 나의 현재 건강 상태:

나는 건강하다
내 GP는 내가 고통 받고 있다고 조언합니다. <i>(진단 설명):</i>

서명: _____

2. 교육 지침

이 교육 지침은 **법적 구속력이 있는** 귀하의 치료 결정을 의료 종사자에게 직접 전달합니다. Dying With Dignity Victoria는 이 교육 지침을 작성하기로 선택한 경우 의사와 상담할 것을 강력히 권장합니다.

- **교육 지침은 치료 결정을 내릴 능력이 없는 경우에만 사용됩니다.**
- 이 교육 지침에 있는 귀하의 치료 결정은 귀하가 치료를 시작하거나 계속하는 데 동의했거나 거부한 것처럼 효력이 발생합니다.
- 특정 상황에서 귀하의 진술이 불분명하거나 불확실한 경우 가치 지침이 됩니다(5페이지 참조).
- s51 이하 **의료계획 및 결정에 관한 법률**, 귀하의 지침을 실행하는 것이 더 이상 귀하의 선호도 및 희망 사항과 일치하지 않도록 상황이 변경된 경우 의료 종사자는 귀하의 지침 지침을 준수하도록 요구되지 않을 수 있습니다.

이 교육 지침 적용

이 교육 지침을 적용해야 합니다~**하지 않는 한**:

동의하다 동의하지 않는다

나는 저혈당이나 TIA(일과성 허혈 발작) 또는 가벼운 뇌진탕과 같은 일시적(일시적인) 능력 상실만을 겪고 있습니다.

나는 중병을 앓고 있지만 두 명의 독립적인 의료인(최소한 한 명의 전문의)의 의견에 따르면 심각한 신체적 또는 정신적 고통 없이 독립성과 능력의 상태로 회복될 가능성이 있습니다.

서명: _____

"이 지침 지침 적용"의 위 조건에 따라, 나는 내 생명을 연장하거나 유지하기 위한 의료 개입 또는 치료와 관련하여 다음을 선언합니다.

치료

내가 거부

동의 함

인공 수유(영양 및/또는 수분 공급)
항생제
인공 호흡
모든 수술 절차
CPR을 포함한 순환기 지원
모든 독성 물질의 비정상적인 수치 보정
수혈
고/저혈당의 약물 치료
고혈압/저혈압의 약물 치료
신장 투석

더 나아가, 나는 선언한다 지속적인 고통스러운 증상(통증, 호흡곤란, 음식과 수분 부족으로 인한 증상)은 **최대한 완화된** 적절한 진통제, 진정제 또는 기타 완화 치료(입술, 입, 눈을 촉촉하게 유지 포함)로 치료해야 합니다.

서명: _____

백치

치매는 여러 단계를 거쳐 진행되는 것으로 간주할 수 있습니다. 하나의 분류¹ 초기 단계(1-3)는 경미한 악화만을 나타내고 후기 단계(6-7)는 중증에서 매우 심각한 인지 저하를 나타내는 7단계로 나뉩니다. 5단계부터 개인은 생존을 위해 도움이 필요하기 시작합니다.

이러한 진행 단계를 염두에 두고 의사가 본인의 치료 및 치료에 관한 결정을 내릴 능력이 없다고 판단하는 경우

치매의 모든 단계로 진단된 경우.

치매 6기 진단을 받은 경우에만 가능합니다.

내가 치매 7기 진단을 받은 경우에만.

그리고 또한,

나의 1차 진료가 가정/지역사회에 있는 기관에 있는 상관없이.

지속적인 시설 치료에 입원한 경우에만.

그런 다음 나는 생명을 위협하지 않는 경미한 감염에 대한 항생제 사용을 제외하고 내 생명을 연장할 목적이나 결과가 있는 모든 의료 치료를 거부함을 선언합니다(위의 3페이지에 나열됨).

내 의료 결정권자의 판단에 따라 만족하는 것처럼 보이더라도.

내 의료 결정권자의 판단에 따라 내가 만족하는 것으로 보이는 경우(그리고 더 이상 만족하지 않는 것으로 보이면 이 조건이 취소될 수 있음).

나는 또한 그것을 선언한다:

나는 어떤 상황에서도 보조 숟가락으로 영양과 수분 공급을 거부합니다.

나는 숟가락으로 수유하는 것을 받아들이지만 내 의료 결정권자의 판단에 따라 내가 자발적으로 받아들이고 음식을 즐기는 것처럼 보이는 경우에만 수유를 받습니다.

내 MTDM이 나중에 내가 자발적으로 숟가락 수유를 받아들이지 않거나 그러한 수유를 즐기지 않는 것으로 판단하는 경우 이 조건이 취소될 수 있습니다.

¹Reisberg의 알츠하이머병 7단계 참조 [여기](#).

3. 가치 지침

MyValues 웹사이트(www.myvalues.org.au) 이 섹션에 대한 응답을 안내하는 데 도움이 되는 아이디어.

2-3페이지의 교육 지침을 적절하게 작성하고 서명한 경우, 이 지침은 이 가치 지침에서 표현할 수 있는 선호 사항보다 우선합니다. **지침 지침에서 지시한 내용과 모순되는 내용이 가치 지침에 없는지 확인하십시오.**

이 가치 지침의 모든 섹션을 완료할 필요는 없습니다.

(F) 내 인생에서 가장 중요한 것은 (당신에게 잘 산다는 것은 무엇을 의미합니까?)

이 섹션에서 고려해야 할 사항은 종교적 또는 문화적 신념, 가족 및 친구, 영적 관심, 독립이 될 수 있습니다. 이것이 귀하에게 왜 중요한지 설명하여 귀하의 의료 결정권자가 삶의 질이 귀하에게 의미하는 바를 이해할 수 있도록 하십시오.

(비) 내 미래에 대해 가장 걱정되는 것은 다음과 같습니다.

일부 사람들의 경우 여기에는 통증, 요양 시설로의 이동, 개인 간병을 유지할 수 없음, 사회/가족 활동에 참여할 수 없거나 의사 소통 능력 상실이 포함될 수 있습니다.

(씨) 나에게 있어서, 질병이나 부상 후의 의학적 치료의 수용할 수 없는 결과는 다음과 같습니다.

어떤 사람들에게는 가족과 친구를 알아보지 못하는 것이 용납될 수 없을 것입니다. 다른 사람들은 기계나 간병인에게 의존하기를 원하지 않을 수 있습니다.

(디) 기타 알고 싶은 사항은 다음과 같습니다.

치료 의사 결정자가 고려하기를 바라는 기타 문제. 이들은 귀하가 선호하는 치료 장소, 치료 절차 또는 영적/종교적/문화적 요구 사항이 될 수 있습니다.

(이자형) 내 치료에 대한 논의에 참여하고 싶은 다른 사람들은 다음과 같습니다.

귀하의 의료에 대한 논의에 귀하가 참여하기를 원하는(또는 원하지 않는) 다른 사람의 세부사항을 의료 결정권자에게 제공하십시오.

(에프) 내가 죽음에 가까워진다면 다음과 같은 것들이 나에게 중요할 것입니다.

당신이 선물하고 싶은 사람들을 고려하십시오. 좋아하는 음악이 재생되거나 사진이 주변을 둘러싸거나 애완 동물과 함께 있기를 원할 수 있습니다.

서명: _____

장기 기증

내가 사망한 경우:

나는 기꺼이 장기 및 조직 기증을 고려할 의향이 있으며 기증을 위해 의료 개입이 필요할 수 있음을 인지합니다.

나는 장기 및 조직 기증을 고려하고 싶지 않습니다.

나는 신중하게 고려한 후 이 문서를 작성했음을 선언합니다.

본인은 이 사전 의료 지시서를 언제든지 철회할 수 있는 권리를 보유하지만 그렇게 하지 않는 한 따라서 나의 계속되는 방향을 나타내는 것으로 간주되어야 합니다.

4. 의료 결정권자

참고: 이 섹션에는 치료 의사 결정자만 기재되어 있습니다. 그렇습니다~ 아니다 공식적으로 의료 의사 결정자 역할에 사람을 임명합니다. 양식을 작성하여 완료해야 합니다. *의료 결정권자의 임명.*

본인은 다음과 같은 의료 의사 결정자를 임명했습니다.

의료 의사 결정권자 1

이름:	
생일:	
주소:	
전화 번호:	

의료 의사 결정자 2

이름:	
생일:	
주소:	
전화 번호:	

5. 증거

서명해야 합니다. 앞에서 두 명의 성인 증인.

증인 1은 의사여야 합니다. 증인 2는 다른 성인이 될 수 있습니다.

어느 증인도 귀하가 귀하의 치료 결정권자로 임명한 사람이 될 수 없습니다.

서명:	
날짜:	

각 증인은 다음을 증명합니다.

- 문서에 서명할 당시 사전 의료 지침을 제공한 사람은 지침의 각 진술과 관련하여 의사 결정 능력이 있는 것으로 나타났습니다.
- 문서에 서명할 당시 사전 의료 지침을 제공한 사람은 지침에 있는 각 진술의 성격과 효과를 이해하는 것처럼 보였습니다.
- 당사자가 문서에 자유롭고 자발적으로 서명하는 것으로 나타났습니다.
- 본인과 두 번째 증인의 입회하에 문서에 서명한 사람, 그리고
- 본인은 본인이 임명한 의료 의사결정자가 아닙니다.

증인 1 - 등록된 개업의

성명:	
자격 및 AHPRA 번호:	
서명:	
날짜:	

증인 2 - 다른 성인

성명:	
서명:	
날짜:	

이 양식으로 무엇을 할 것인가

- 원본 양식을 보관하십시오. 귀하의 의료 결정권자, 가족, 친구 및 모든 치료 의사에게 사본을 제공하십시오. 병원에 입원하거나 추가 의사나 의료 종사자에게 치료를 받을 경우를 대비하여 여러분의 사본을 보관하십시오.
- 의료 의사 결정자가 양식을 읽고 완전히 이해했는지 확인하십시오.
- 귀하의 사전 의료 지시서는 My Health Record에 업로드될 수 있습니다.

리뷰

Dying With Dignity Victoria는 귀하의 희망 사항이 변경되거나 의료 기술의 발전이 있을 수 있으므로 이 문서를 정기적으로 검토할 것을 강력히 권장합니다. 2년마다 또는 건강 상태가 크게 변경된 경우 문서를 검토하는 것이 현명한 것입니다.

문서를 검토하고 원하는 바가 있을 때마다~아니다 아래 승인 중 하나를 변경하고 서명하고 날짜를 기입하십시오. 희망 사항이 변경된 경우 새로운 사전 의료 지시서를 작성해야 합니다.

문서 검토: 1

본인은 이 문서를 검토했으며 변경하고 싶은 사항이 없음을 확인합니다.

서명:	
날짜:	

문서 검토: 2

본인은 이 문서를 검토했으며 변경하고 싶은 사항이 없음을 확인합니다.

서명:	
날짜:	

문서 검토: 3

본인은 이 문서를 검토했으며 변경하고 싶은 사항이 없음을 확인합니다.

서명:	
날짜:	