



일리노이

보건국(Illinois Department of Public

Health, 이하 IDPH)

IDPH

연명 치료 관련 의사 지시서(POLST) 양식

환자: 이 양식을 자발적으로 작성합니다. 희망하는 경우, 의료 전문가와 POLST 작성에 관해 상의할 때 신뢰하는 지인과 동행할 수 있습니다.
의료 기관: 이 양식을 작성하기 전에 반드시 환자 또는 환자의 대리인과 먼저 상의해야 합니다. POLST 의사 결정 절차는 매우 허약한 상태 등 생명을 제한하는 심각한 건강 상태에서 의학적으로 위협적인 문제가 발생할 위험이 있는 환자에게 적용됩니다. 건강 상태가 크게 달라져 지시서를 새로 작성해야 하는 경우도 있습니다.

환자 정보 이 양식은 자발적으로 작성해야 합니다.

환자 성	환자 이름	환자 중간 이름
------	-------	----------------

생년월일(mm/dd/yyyy)	주소(street/city/state/ZIP 코드)
------------------	------------------------------

A 하나만 선택	심정지 환자: 환자의 맥박이 뛰지 않는 경우, 다음 지시를 따릅니다.	
	<input type="checkbox"/> YES CPR: 심폐소생술(CPR) 시도: 표준 치료로 정해진 모든 방법을 동원합니다. (섹션 B의 모든 치료 선택)	<input type="checkbox"/> NO CPR: 심폐소생술을 시도하지 않음(DNAR: 자연사 허용)

B 공란으 로 들 수 있음	심정지 상태가 아닌 환자: 환자의 맥박이 뛰는 경우, 다음 지시를 따릅니다. 어떤 치료 방법을 선택하든지 환자를 최대한 안정시키는 것이 가장 중요합니다. (치료 방법을 선택하지 않은 경우, 모든 치료를 진행합니다.)	
	<input type="checkbox"/> 모든 치료(Full Treatment): 지시된 모든 치료법을 동원해 심정지 상태를 방지하는 것이 가장 큰 목표입니다. 기도 삽관, 인공호흡기, 심폐소생술 및 기타 지시된 모든 치료 진행.	
	<input type="checkbox"/> 선택적 치료(Selective Treatment): 제한적인 의학적 조치로 의학적 상태를 치료하는 것이 가장 큰 목표입니다. 기도 삽관 또는 기계를 이용한 침습적 인공호흡 방식은 사용하지 않음. CPAP 및 BiPAP 등 비침습적 양압 환기 사용 가능 지시된 링거액, 항생제, 혈관 압박제 및 항부정맥제 사용 가능. 지시가 있는 경우, 병원으로 이송.	

C 공란으 로 들 수 있음	추가 지시 또는 주문. 이 주문은 위의 지시에 추가되는 내용입니다.(예: 혈액제제 사용 금지, 투석 금지) [EMS 프로토콜에 따라 응급 구조원은 이 섹션의 지시를 이행하지 않을 수 있습니다.]	

D 공란으 로 들 수 있음	의학적 영양 공급에 대한 지시 가능한 한 구강 섭취가 가능한 음식을 제공합니다. (선택 항목이 없는 경우, 표준 치료 제공)	
	<input type="checkbox"/> 새로운 튜브 또는 기존의 외과적으로 삽입된 튜브 등 최대한 모든 수단을 동원해 인공 영양 및 수분 공급.	
	<input type="checkbox"/> 인공 영양 및 수분 공급을 시도하는 기간이지만 외과적으로 삽입된 튜브는 사용하지 않음.	

E 필수 기재	환자 및 법적 대리인 서명(전자 서명 유효).	
	<input checked="" type="checkbox"/> 이름(정자로 기재)(필수)	날짜



State of Illinois
Department of Public Health

**IDPH UNIFORM PRACTITIONER ORDER FOR
LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) FORM**

For patients: Use of this form is completely voluntary. If desired, have someone you trust with you when discussing a POLST form with a health care professional. **For health care providers:** Complete this form only after a conversation with the patient or the patient’s representative. The POLST decision-making process is for patients who are at risk for a life-threatening clinical event because they have a serious life-limiting medical condition, which may include advanced frailty. With significant change in condition, new orders may need to be written.

PATIENT INFORMATION. For patients: Use of this form is completely voluntary.				
Patient Last Name		Patient First Name		MI
Date of Birth (mm/dd/yyyy)		Address (street/city/state/ZIP code)		
A <i>Required to Select One</i>	ORDERS FOR PATIENT IN CARDIAC ARREST. Follow if patient has NO pulse.			
	<input type="checkbox"/> YES CPR: Attempt cardiopulmonary resuscitation (CPR). Utilize all indicated modalities per standard medical protocol. (Requires choosing Full Treatment in Section B.)		<input type="checkbox"/> NO CPR: Do Not Attempt Resuscitation (DNAR).	
B <i>Section may be Left Blank</i>	ORDERS FOR PATIENT NOT IN CARDIAC ARREST. Follow if patient has a pulse. Maximizing comfort is a goal regardless of which treatment option is selected. (When no option selected, follow Full Treatment.)			
	<input type="checkbox"/> Full Treatment: Primary goal is attempting to prevent cardiac arrest by using all indicated treatments. Utilize intubation, mechanical ventilation, cardioversion, and all other treatments as indicated.			
	<input type="checkbox"/> Selective Treatment: Primary goal is treating medical conditions with limited medical measures. Do not intubate or use invasive mechanical ventilation. May use non-invasive forms of positive airway pressure, including CPAP and BiPAP. May use IV fluids, antibiotics, vasopressors, and antiarrhythmics as indicated. Transfer to the hospital if indicated.			
C <i>Section may be Left Blank</i>	<input type="checkbox"/> Comfort-Focused Treatment: Primary goal is maximizing comfort through symptom management. Allow natural death. Use medication by any route as needed. Use oxygen, suctioning and manual treatment of airway obstruction. Do not use treatments listed in Full and Selective Treatment unless consistent with comfort goal. Transfer to hospital only if comfort cannot be achieved in current setting.			
	Additional Orders or Instructions. These orders are in addition to those above (e.g., withhold blood products; no dialysis). [EMS protocols may limit emergency responder ability to act on orders in this section.]			
D <i>Section may be Left Blank</i>	ORDERS FOR MEDICALLY ADMINISTERED NUTRITION. Offer food by mouth if tolerated. (When no selection made, provide standard of care.)			
	<input type="checkbox"/> Provide artificial nutrition and hydration by any means, including new or existing surgically-placed tubes.			
	<input type="checkbox"/> Trial period for artificial nutrition and hydration but NO surgically-placed tubes.			
E <i>Required</i>	<input type="checkbox"/> No artificial nutrition or hydration desired.			
	Signature of Patient or Legal Representative. (eSigned documents are valid.)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Printed Name (required)		Date	
	Signature (required) I have discussed treatment options and goals for care with a health care professional. If signing as legal representative, to the best of my knowledge and belief, the treatments selected are consistent with the patient’s preferences.			
F <i>Required</i>	Relationship of Signee to Patient:		<input type="checkbox"/> Agent under Power of Attorney for Health Care	
	<input type="checkbox"/> Patient		<input type="checkbox"/> Health care surrogate decision maker (See Page 2 for priority list)	
	<input type="checkbox"/> Parent of minor			
F <i>Required</i>	Qualified Health Care Practitioner. Physician, licensed resident (second year or higher), advanced practice nurse, or physician assistant. (eSigned documents are valid.)			
	<input checked="" type="checkbox"/> Printed Authorized Practitioner Name (required)		Phone	
	Signature of Authorized Practitioner (required) To the best of my knowledge and belief, these orders are consistent with the patient’s medical condition and preferences.		Date (required)	

서명(필수) 본인은 의료 전문가와 치료 방법 및 목표에 대해 상의했습니다. 본인은 법적 대리인으로서 이 서명을 통해 선택된 치료법이 환자의 의향과 일치함을 인정합니다.			
X			
서명자와 환자의 관계: <input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 미성년자의 부모		<input type="checkbox"/> 법적으로 위임받은 의료대리인	<input type="checkbox"/> 의료 대리 의사 결정자(우선 순위 목록은 2페이지 참조)
F 필수 기재	자격을 가진 의료인 의사, 면허가 있는 레지던트(2년차 이상), APRN 간호사 또는 의사 보조 인력(전자 서명 문서 유효)		
	X 공인 의료인 서명(필수)	전화번호	
	공인 의료인 서명(필수) 이 지시는 환자의 의학적 상태 및 의향과 부합합니다.	날짜(필수)	
X			
** 이 페이지는 선택적으로 기재할 수 있습니다. 정보 제공 용도**			
환자 성		환자 이름	환자 중간 이름
IDPH 연명 치료 관련 의사 지시서(POLST) 양식은 항상 자발적으로 작성합니다. 이 지시서는 환자의 현재 건강 상태에 따라 희망하는 치료 방법을 표시합니다. 환자 또는 환자 대리인과 의료 기관은 치료가 환자의 치료 목표에 부합하는지 확인하기 위해 정기적으로 개입 방법을 재평가하고 상의해야 합니다. 이 양식은 언제든지 새로운 희망사항을 반영해 변경할 수 있습니다. 필요할 수 있는 모든 의료적 치료 결정이 포함된 양식은 없습니다. 의료 대리인 사전 위임장(이하 POAHC)은 건강 상태와 무관하게 모든 인지 가능한 성인이 작성할 수 있습니다. POAHC로 개인의 미래 의료 지침을 상세히 기록해 환자가 직접적으로 의사 표시를 할 수 없는 경우 대신 의견을 표시할 법적 대리인을 사전에 지정할 수 있습니다.			
사전 지시서(Advance Directives)는 환자가 이 양식을 작성할 때 제공됩니다.			
<input type="checkbox"/> 의료 대리인 사전 위임장(POAHC)	<input type="checkbox"/> 사전 유언장(Living Will Declaration)	<input type="checkbox"/> 정신 건강 치료 관련 사전 결정서(Declaration for Mental Health Treatment)	<input type="checkbox"/> 해당 없음
의료인 정보			
작성자 이름		전화번호	
작성자 직위		작성 날짜	

IDPH POLST 작성

- POLST 양식은 항상 자발적으로 작성하고 의무가 아니며 언제든지 변경할 수 있습니다.
- POLST는 양식을 작성하는 개인의 현재 선호도를 반영하고 POAHC 작성을 권장해야 합니다.
- 환자 또는 법정 대리인의 구두 또는 전화 동의를 가능합니다.
- 구두 또는 전화를 통한 지시는 시설 및 지역사회 정책에 따라 공인 의료인의 서명이 필요합니다.
- 원본 양식 사용을 권장합니다. 팩스를 포함해 모든 컬러 용지의 디지털 복사 및 사본은 합법적이고 유효합니다.
- 전자 서명된 서류도 합법적이고 유효합니다.
- 자격을 갖춘 의료인은 일리노이주 또는 환자가 치료 중인 주에서 면허를 소지해야 합니다.

■ HIPAA는 치료를 위해 필요한 경우 의료 전문가에게 POLST를 공개할 것을 허용한다. • 2022년 9월 개정 ■

POLST 양식 검토

POLST 양식은 환자의 지속적인 요구와 희망을 고려해 정기적으로 검토되어야 합니다. 검토가 필요한 내용은 다음과 같습니다.

- 한 가지 치료 환경이나 치료 수준에서 다른 치료 환경이나 치료 수준으로의 환자 이송;
- 환자의 건강 상태 변화 또는 이식 장치(예: ICD/뇌 자극기) 사용;
- 환자의 현재 치료 및 선호도;
- 환자의 담당 치료 전문가의 변경

POLST 양식의 무효 및 폐지

- 정신 능력이 있는 환자는 양식을 무효화 또는 폐지하거나 대체 치료를 요청할 수 있습니다.
- POLST 양식을 변경, 수정 또는 갱신하려면 POLST 양식을 새로 작성해야 합니다.
- POLST 양식이 바뀌거나 무효화되는 경우 섹션 A부터 E까지 줄을 긋고 '무효(VOID)'라고 표시합니다.
- '무효' 아래에 변경 날짜를 기입하고 서명합니다.
- 전자 의료 기록에 포함된 경우 시설 자체의 문서 무효 처리 절차를 따릅니다.

일리노이 의료 대리인 법(755 ILCS 40/25) 지정 우선 순위

- | | |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 환자의 보호자 | 5. 성인 남매 |
| 2. 환자의 배우자 또는 등록된 동거인 | 6. 성인 손자 또는 손녀 |
| 3. 성인 자녀 | 7. 환자와 절친한 지인 |
| 4. 부모 | 8. 환자의 재산 대리인 |
| | 9. 법원이 1987년 제정 소년법 제2~10조 제12항에 따라 권한을 부여하는 판결을 내린 경우, 1987년 제정 소년법 제2~10조 제2항에 따라 임명된 환자의 임시 보호자. |

자세한 내용은 일리노이 IDPH 관련법(Statement of Illinois law) 웹사이트(<http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>)에서 확인할 수 있습니다.

**HIPAA(1996년 제정 건강보험 이전 및 책임에 관한 법률)
치료를 위해 필요한 경우 의료 전문가에게 공개 허용**

****THIS PAGE IS OPTIONAL – use for informational purposes****

Patient Last Name		Patient First Name	MI
<p><i>Use of the Illinois Department of Public Health (IDPH) Practitioner Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST) Form is always voluntary. This order records a patient’s wishes for medical treatment in their current state of health. The patient or patient representative and a health care provider should reassess and discuss interventions regularly to ensure treatments are meeting patient’s care goals. This form can be changed to reflect new wishes at any time.</i></p> <p><i>No form can address all the medical treatment decisions that may need to be made. The Power of Attorney for Health Care Advance Directive (POAHC) is recommended for all capable adults, regardless of their health status. A POAHC allows a person to document, in detail, future health care instructions and name a Legal Representative to speak on their behalf if they are unable to speak for themselves.</i></p>			
Advance Directives available for patient at time of this form completion			
<input type="checkbox"/> Power of Attorney for Health Care	<input type="checkbox"/> Living Will Declaration	<input type="checkbox"/> Declaration for Mental Health Treatment	<input type="checkbox"/> None Available
Health Care Professional Information			
Preparer Name		Phone Number	
Preparer Title		Date Prepared	

Completing the IDPH POLST Form

- The completion of a POLST form is always voluntary, cannot be mandated, and may be changed at any time.
- A POLST should reflect current preferences of persons completing the POLST Form; encourage completion of a POAHC.
- Verbal/phone consent by the patient or legal representative are acceptable.
- Verbal/phone orders are acceptable with follow-up signature by authorized practitioner in accordance with facility/community policy.
- Use of the original form is encouraged. Digital copies and photocopies, including faxes, on ANY COLOR paper are legal and valid.
- Forms with eSignatures are legal and valid.
- A qualified health care practitioner may be licensed in Illinois or the state where the patient is being treated.

Reviewing a POLST Form

This POLST form should be reviewed periodically and in light of the patient’s ongoing needs and desires. These include:

- transfers from one care setting or care level to another;
- changes in the patient’s health status or use of implantable devices (e.g., ICDs/cerebral stimulators);
- the patient’s ongoing treatment and preferences; and
- a change in the patient’s primary care professional.

Voiding or revoking a POLST Form

- A patient with capacity can void or revoke the form, and/or request alternative treatment.
- Changing, modifying, or revising a POLST form requires completion of a new POLST form.
- Draw line through sections A through E and write “VOID” across page if any POLST form is replaced or becomes invalid.
- Beneath the written "VOID" write in the date of change and re-sign.
- If included in an electronic medical record, follow all voiding procedures of facility.

Illinois Health Care Surrogate Act (755 ILCS 40/25) Priority Order

- | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Patient’s guardian of person | 5. Adult siblings |
| 2. Patient’s spouse or partner of a registered civil union | 6. Adult grandchildren |
| 3. Adult children | 7. A close friend of the patient |
| 4. Parents | 8. The patient’s guardian of the estate |
| | 9. The patient’s temporary custodian appointed under subsection (2) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987 if the court has entered an order granting such authority pursuant to subsection (12) of Section 2-10 of the Juvenile Court Act of 1987. |

For more information, visit the IDPH Statement of Illinois law at <http://dph.illinois.gov/topics-services/health-care-regulation/nursing-homes/advance-directives>