

Introduction to the Korean translation of the POST form

POST is a medical order form that gives patients more control over their care during serious illness. POST is used to document a patient's treatment preferences as medical orders. It specifies the types of medical treatment that a patient does and does not want. The orders are signed by the patient, their legal representative, or proxy as well as by the treating practitioner (physician, advanced practice nurse, or physician assistant). POST is for patients with advanced chronic progressive illness, advanced frailty, terminal conditions, or those unlikely to benefit from cardiopulmonary resuscitation. It is not for healthy adults. Use of the POST is voluntary—a patient cannot be required to have a POST form.

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

For additional information in English, visit www.indianapost.org. Questions can be submitted through the “contact us” link on that same website.

한국어로 번역된 POST 양식에 대한 소개

POST는 환자들이 중병을 앓고 있는 동안 진료에 대해 더 많은 결정권을 제공하는 의료 지시 양식입니다. POST는 의료 지시로서 환자의 치료 선호사항을 문서화하기 위해 사용됩니다. 이 양식은 환자가 원하거나 원하지 않는 의학적 치료의 유형을 지정합니다. 이 지시는 환자, 법정 대리인 또는 위임받은 수임자는 물론 치료 의사(의사, 전문 간호사, 또는 의사 보조사)에 의해 서명됩니다. POST는 후기 만성 진행성 질환, 후기 약화, 말기 상태 또는 심폐 소생술로부터 혜택을 받을 가능성이 없는 환자를 위한 것입니다. 이 양식은 건강한 성인을 위한 것이 아닙니다. POST의 사용은 자발적입니다. 환자는 POST 양식이 필요하지 않습니다.

이것은 한국어로 번역된 인디애나 주 POST 양식입니다. 이 번역된 양식은 POST 양식에서 문서로 작성된 환자의 선호사항을 상의할 때 교육 목적으로만 사용됩니다. 서명된 POST 양식은 응급요원이 지시를 읽고 따를 수 있도록 영어로 작성해야 합니다.

영어로 된 추가 정보를 원하시면, www.indianapost.org를 방문하십시오. 질문은 이와 동일한 웹사이트의 "연락처" 링크를 통해서 제출할 수 있습니다.

환자 이름: _____

생년월일 (월/일/년): _____

환자 또는 법적으로 지명된 법정 대리인 또는 위임받은 수임자의 서명: POST 양식이 효력이 있으려면, 환자 또는 법적으로 지명된 법정 대리인 또는 수임자가 아래의 양식에 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.		
E	환자 또는 법적으로 지명된 법정 대리인 또는 수임자의 서명 아래의 본인 서명은 위의 지시와 선택된 지시를 본인과 상의한 의사, 전문간호사(APRN) 또는 의사보조사(의사의 피지명자)가 본 논의를 통해 이뤄진 의사결정을 정확하게 대리한다는 것을 나타냅니다.	
	서명 (필수 기재) XXXXXXXXXXXXXXXX	활자체 이름 (필수 기재) XXXXXXXXXXXXXXXX
		날짜(월/일/년) (필수 기재)
F	섹션 E에서 법정 대리인 또는 수임자에 대한 연락처 정보 (해당되는 경우): 위의 서명이 환자의 서명과 다른 경우, 대리인 또는 수임자에 대한 연락처 정보를 추가하십시오.	
	환자가 정신 능력이 없는 경우, 섹션 E에서 확인된 대리인 또는 수임자와의 관계	주소 (번지 및 거리, 시, 주 및 우편번호)
		전화번호
의사 지시서: POST 양식은 개인의 치료 의사, 전문 간호사 또는 의사 보조사에 의해서만, 그리고 다음과 같은 경우에만 작성할 수 있습니다: (1) 치료 의사, 전문 간호사 또는 의사 보조사가 다음 사항을 결정했습니다: (A) 개인이 유자격자입니다. 그리고 (B) 개인의 POST 양식에 포함된 의료 지시서는 개인에 대해 합리적이고 의학적으로 적절합니다. 그리고 (2) 유자격자 또는 대리인 또는 수임자는 POST 양식에 서명하고 날짜를 기입했습니다. 유자격자는 다음 중 최소한 하나(1)의 상태를 가지고 있는 개인입니다: (1) 후기 만성 진행성 질환. (2) 후기 만성 진행성 약화. (3) 합리적인 정도의 의학적 확실성에서, 상해, 질병 또는 질환에 의해 기인한 상태: (A) 회복할 수 없습니다. 그리고 (B) 수명 연장 절차를 제공하지 않으면 단기간 내에 이 상태로 인해 사망할 것입니다. (4) 사람이 심장 또는 폐 부전으로 고통을 받는 경우, 심폐 소생술이 실패하거나, 또는 단기간 내에 그 사람이 반복된 심장 또는 폐 부전의 결과로 사망하는 경험을 하는 의학적 상태.		
G	상의 문서: 다음의 상의된 지시 (하나만 표시): <input type="checkbox"/> 환자(환자가 정신 능력이 있음) <input type="checkbox"/> 의료 대리인 <input type="checkbox"/> 법적 보호자 <input type="checkbox"/> 미성년자의 부모 <input type="checkbox"/> 의료 위임장 <input type="checkbox"/> 수임자	
H	치료 의사/전문 간호사/의사 보조사의 서명 아래 서명은 본인 또는 피지명인이 환자, 환자의 대리인, 또는 수임자와 함께 환자의 건강에 기준하여 환자에게 제공되는 목표 및 선택 치료에 대해 상의했다는 것을 나타냅니다. 아래의 본인 서명은 본인이 알고 있는 한 이러한 지시가 환자의 현재 의학적 상태 및 선호도와 일치한다는 것을 나타냅니다.	
	치료 의사 / APRN / PA의 서명 (필수 기재) XXXXXXXXXXXXXXXX	치료 의사 / APRN / PA의 활자체 이름 (필수 기재) XXXXXXXXXXXXXXXX
		날짜 (월/일/년) (필수 기재)
	의사 / APRN / PA 진료실 전화번호	의사 / APRN / PA 면허 번호
		의사 / APRN / PA 이외의 경우, 양식을 작성하는 의료 전문가
I	의료 대리인의 지명: 귀하는 환자로서 IC 16-36-7에 의해 귀하의 의료 대리인의 역할을 하기 위한 대리인을 지명할 선택권이 있습니다. 의료 대리인의 지정 없이 이 POST 양식은 효력을 발휘할 수 있습니다. 귀하에게 제공되는 사전 지시에 관해 변호사 또는 다른적격자와 상담할 것을 권장합니다. 사전 지시에 관한 양식들과 추가 정보는 IDOH 웹사이트에서 찾아볼 수 있습니다: https://www.in.gov/health/cshcr/indiana-health-care-quality-resource-center/advance-directives-resource-center/	