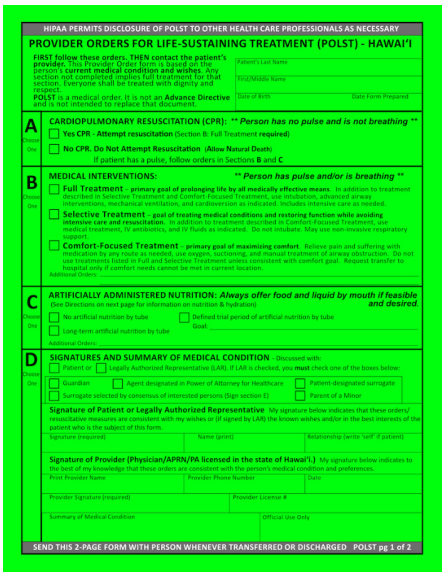
Kōkua Mau
Continuous Care
A Movement to Improve Care


HIPAA PERMITS DISCLOSURE OF POLST TO OTHER HEALTH CARE PROFESSIONALS AS NECESSARY

PROVIDER ORDERS FOR LIFE-SUSTAINING TREATMENT (POLST) - HAWAI'I

FIRST follow these orders. THEN contact the patient's provider. Use if medical condition is not in the person's current medical chart. Fax and mail copy to HCA Section. Everyone shall be treated with dignity and respect.

POLST is a medical order. It is not an Advance Directive and is not intended to replace that document.

Patient's Last Name | First/Middle Name | Date of Birth | Date Form Prepared

A (Choose One) CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR): ** Person has no pulse and is not breathing **
☐ Yes CPR - Attempt resuscitation (Section B: Full Treatment required)
☐ No CPR. Do Not Attempt Resuscitation (Allow Natural Death)
If patient has a pulse, follow orders in Sections B and C

B (Choose One) MEDICAL INTERVENTIONS: ** Person has pulse and/or is breathing **
☐ Full Treatment – primary goal of prolonging life by all medically effective means. In addition to treatment described in Selective Treatment and Comfort-Focused Treatment, use intubation, advanced airway interventions, mechanical ventilation, and cardioversion as indicated. Includes intensive care as needed.
☐ Selective Treatment – goal of treating medical conditions and restoring function while avoiding intensive care and resuscitation. In addition to treatment described in Comfort Focused Treatment, use medical treatment, IV antibiotics, and IV fluids as indicated. Do not intubate. May use non-invasive respiratory support.
☐ Comfort-Focused Treatment – primary goal of maximizing comfort. Relieve pain and suffering with 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. Request transfer to hospital only if comfort needs cannot be met in current location.
Additional Orders

C (Choose One) ARTIFICIALLY ADMINISTERED NUTRITION: Always offer food and liquid by mouth if feasible and desired.
(See Directions on next page for information on nutrition & hydration)
☐ No artificial nutrition by tube ☐ Defined trial period of artificial nutrition by tube
☐ Long-term artificial nutrition by tube Goal:
Additional Orders

D (Choose One) SIGNATURES AND SUMMARY OF MEDICAL CONDITION - Discussed with:
☐ Patient or ☐ Legally Authorized Representative (LAR). If LAR is checked, you must check one of the boxes below:
☐ Guardian ☐ Agent designated in Power of Attorney for Healthcare ☐ Patient-designated surrogate
☐ Surrogate selected by consensus of interested persons (Sign section E) ☐ Parent of a Minor

Signature of Patient or Legally Authorized Representative: My signature below indicates that these orders/resuscitative measures are consistent with my wishes or (if signed by LAR) the known wishes and/or in the best interests of the patient who is the subject of this form.
Signature (required) | Name (print) | Relationship (write 'self' if patient)

Signature of Provider (Physician/APRN/PA licensed in the state of Hawai'i): My signature below indicates to the best of my knowledge that these orders are consistent with the person's medical condition and preferences.
Print Provider Name | Provider Phone Number | Date
Provider Signature (required) | Provider License #
Summary of Medical Condition | Official Use Only

SEND THIS 2-PAGE FORM WITH PERSON WHENEVER TRANSFERRED OR DISCHARGED POLST pg 1 of 2

Introduction to the Korean translation of the Hawai‘i POLST Form

POLST (Provider Orders for Life-Sustaining Treatment) is a medical order that gives patients more control over their end-of-life care. Produced on a distinctive bright green form and signed by the patient and her/his Physician, Advanced Practice Registered Nurse (APRN), or Physician Assistant (PA) POLST specifies the type of medical treatment that a patient wishes to receive towards the end of life.

This is a Korean translation of the Hawai‘i POLST Form. The translated form is for educational purposes only to be used when discussing a patient’s wishes documented on the POLST form. The signed POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow the orders.

For questions in English, contact your healthcare provider, doctor, or health insurance company. For additional information, go to: www.kokuamau.org.

This paragraph is not translated and is intended as background for translators:

Since July 2022 Physician Assistants (PA) are able to sign POLST in Hawai‘i (Act 293). In doing so, Act 293 adds PAs to Physicians and Advanced Practice Registered Nurses (APRNs) as providers authorized to complete and sign a POLST in Hawai‘i. This information is integrated into the attached translated POLST form.

한국어 하와이 POLST 양식 소개

생명 유지 치료에 대한 의사 지시서(Provider Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)는 환자가 자신의 말기 치료를 조정할 수 있게 해주는 의료 지시서입니다. 특유의 밝은 녹색 양식에 작성되어 환자와 담당 의사 또는 고급 연수 등록 간호사(APRN)가 서명하는 POLST는 환자가 생애 마지막까지 받고자 하는 치료 유형을 지정합니다.

이것은 하와이 POLST 양식의 한국어 번역본입니다. 번역된 양식은 POLST 양식에 문서화된 환자의 소견을 논의할 때만 사용하는 참조용 자료입니다. 서명된 POLST 양식은 응급 처치 요원이 지시 사항을 읽고 따를 수 있도록 영어로 작성되어야 합니다.

영어로 된 질문은 담당 의료 서비스 공급자, 의사 또는 건강 보험사에 문의하십시오. 자세한 내용은 다음 웹 사이트를 참조하십시오. www.kokuamau.org.

Kōkua Mau • P.O. Box 62155 • Honolulu HI 96839
Ph: (808) 585-9977 • info@kokuamau.org • www.kokuamau.org/polst

This page intentionally left blank

HIPAA는 필요에 따라 타 의료 전문가에게 POLST 내용을 공개할 수 있습니다

KOREAN

생명 유지 치료에 대한 의사 지시서(POLST) - HAWAI'I

먼저 이 지시서를 따른 후. 의사에게 연락하십시오. 이 양식은 환자의 현재 의학적 상태와 요구에 기초하고 있습니다. 작성하지 않은 섹션은 그 섹션에 기재된 모든 치료를 받아야 한다는 것을 의미합니다. 모든 환자는 존엄과 존중으로 치료받아야 합니다.
POLST 는 의료지시서 입니다. 이는 사전 의료 지시서(Advance Directive)가 아니며 해당 문서를 대체하기 위한 것도 아닙니다

환자 성	
환자 이름	
환자 생년월일	작성 날짜

A 하나만 선택

심폐소생술(CPR): ** 환자의 맥박이 뛰지 않고 숨을 쉬지 않는 경우 **

☐ **심폐소생술/CPR 시도 (섹션 B: 모든 가능한 치료는 필수)**

☐ **심폐소생술/CPR 포기 (자연사 허용)**

환자의 맥박이 뛰고 숨을 쉬는 경우 섹션 **B**와 **C**의 지시를 따르십시오.

B 하나만 선택

의학적 개입: ** 환자의 맥박이 뛰고 숨을 쉬는 경우 **

☐ **모든 가능한 치료 – 의학적 효과가 있는 모든 수단을 사용하여 생명을 연장하는 것이 주목적.**
"선택적 치료"와 "증상 완화 치료" 항목에서 설명된 치료방법에 추가하여, 상황에 따라 기관 내 삽관, 전문 기도 중재술, 인공호흡기 및 심율동전환술을 사용합니다. 필요에 따라 집중치료를 포함합니다.

☐ **선택적 치료 – 의학적 상태 및 기능회복을 위해 치료하지만 집중치료와 심폐소생술은 피하는 것이 목적.**
"증상 완화 치료" 항목에서 설명된 치료방법에 추가하여, 상황에 따라 의학적 치료, 항생제 정맥주사 및 정맥 수액 치료를 사용합니다. 기도삽관은 하지 마십시오. 비침습적 호흡지원 치료방법은 사용해도 됩니다.

☐ **증상 완화 치료 – 증상을 최대한 완화하는 것이 주목적.**
필요에 따라 모든 경로를 통해서 약물을 투여하여 통증과 고통을 완화하고, 산소, 기관지 흡인술 및 기도폐쇄 시 수동처치를 사용합니다. 증상 완화 목적이 아니라면 "모든 가능한 치료"와 "선택적 치료" 항목에 포함된 치료법을 사용하지 마십시오. 현재 위치에서 증상을 완화시킬 수 없는 경우에만 병원으로 이송하도록 요청하십시오.

추가 지시: _____

C 하나만 선택

인공 영양 공급: 가능하고 바람직한 경우 항상 입을 통해서 음식물을 공급

(영양 및 수분 공급에 대한 정보는 다음 페이지의 지침 참조).

☐ 인공 영양 공급 방법(급식관 포함) 거부.

☐ 정해진 기간 동안 관으로 하는 인공 영양 공급 시도(급식관 포함).
목표: _____

☐ 관으로 하는 장기 인공 영양 공급(급식관 포함).

추가 지시: _____

D 하나만 선택

건강 상태에 대한 서명 및 요약 - **다음 사람과 논의한 것입니다.**

☐ 환자 또는 ☐ 법적으로 인정된 의사결정자(LAR). LAR을 선택할 경우 아래 항목 중 하나를 선택해야 합니다.

☐ 보호자 ☐ 의료기관 고문이 지정한 상담원 ☐ 환자가 지정한 대리인

☐ 이해 관계자의 합의에 따라 선정된 대리인(섹션 E에 서명한 자) ☐ 미성년자의 부모

환자 또는 법적으로 인정된 의사결정자 서명

법적으로 인정된 의사결정자는 이 양식에 서명함으로써 심폐 소생 조치와 관련된 이 치료 요청이 이 양식에 기재된 환자에 대해 본인이 알고 있는 희망사항, 그리고 환자에게 가장 이익이 되는 조치와 일치한다는 것을 확인합니다.

서명(필수) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	인쇄체 이름	관계(환자인 경우 '본인'이라고 기재)
의료 조건의 개요	담당 직원 전용	

의사 서명(하와이주에 거주하는 등록된 의사/**APRN/PA**)

아래의 본인 서명은 본인이 아는 한 위의 지시가 환자의 의학적 상태 및 선호도와 관련하여 적합하다는 것을 나타냅니다.

의사 인쇄체 이름	의사 전화번호	날짜
의사 서명(필수) xxxxxxxxxxxxxx	의사 면허번호	

Korean version is for educational purposes only. 한국어 버전은 참조용으로만 제공됩니다.
The signed Hawaii POLST form must be in English so that emergency personnel can read and follow orders. 서명된 하와이 POLST 양식은 응급 처치 요원이 지시 사항을 읽고 따를 수 있도록 영어로 작성되어야 합니다.

환자를 이송하거나 퇴원시킬 때마다 이 양식을 함께 보내십시오.

HIPAA는 필요에 따라 타 의료 전문가에게 POLST 내용을 공개할 수 있습니다

환자 이름(성, 이름)	생년월일	성별

환자 또는 법적으로 인정된 의사결정자의 비상 연락처 (여기에 명시된 사람이 반드시 법적 의사결정자는 아닙니다. 사전 의료 지시서(Advanced Directive) 또는 주법만이 그 권한을 승인할 수 있습니다.)

이름	환자와의 관계		전화번호
건강 관리 전문가 준비 양식	작성자 직위	전화번호	양식이 준비된 날짜

E

이해 관계자의 합의로 선정된 대리인
(섹션 D에 설명된 법적으로 인정된 의사결정자)

본인은 본 양식에 이름이 본 서류를 작성한 환자에 대한 법적 권한을 위임 받은 대리인 역할을 담당하기 위해 거짓 내용을 진술할 경우 처벌을 받을 수 있음을 선언합니다. 의사가 의사결정능력이 부족하다고 판단한 환자이고 의료대리인, 법원이 지정한 보호자, 환자가 지정한 대리인이 없거나, 그들이 현재 연락이 되지 않습니다. 주치의 또는 의사의 지명 대리인은 가능한 많은 이해 관계자들을 찾기 위해 노력을 쏟았으며 해당 관계자들에게 환자의 의사결정능력 부족을 알리고 대리 의사결정자가 환자를 대신하여 결정을 내려야 한다고 통지했습니다. 따라서, 본인은 하와이 개정 법령 §327E-5에 따라 환자의 대리 의사결정자 역할을 담당하도록 선택을 받았습니다. 본인은 아래의 섹션 C를 읽었고 인공 수분과 영양 공급의 보류 및 취소 결정에 대한 제한 사항을 이해합니다.

서명(필수)xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	이름	관계

의료인에 대한 지시사항

POLST 작성

- POLST는 환자의 선호와 의학적 징후에 근거하여 의료전문가가 작성해야 합니다.
- POLST는 하와이주에 등록된 의사 또는 전문간호사(APRN), 의사보조사(PA), 환자 본인, 법적으로 인정된 환자의 의사결정 대리인의 서명이 있어야 유효합니다. 의료기관에 의한 구두 지시는 인정하지 않습니다.
- 원본 양식을 사용할 것을 적극적으로 권장합니다. 서명된 POLST 양식의 복사본 및 팩스 사본도 적법하고 유효합니다.
- 최근에 작성한 유효한 POLST 양식이 이전에 작성한 모든 POLST 양식을 대체합니다. 이 양식은 만기가 없습니다.

POLST 사용

- POLST 양식에서 작성하지 않은 섹션은 그 섹션에 기재된 모든 치료를 받아야 한다는 것을 의미합니다.

섹션 **A:**

- "심폐 소생술 포기"를 선택한 사람에 대해서는 제세동기(체외형 자동 제세동기 포함)를 사용하지 마십시오.

섹션 **B:**

- 현재 위치에서 증상을 완화할 수 없는 경우에는 환자("증상 완화 치료" 항목에 표시한 환자 포함)를 증상을 완화할 수 있는 시설로이송해야 합니다(예를 들면, 고관절 골절의 치료).
- 통증 완화를 높이기 위한 정맥주사약 사용은 "증상 완화 치료"를 선택한 사람에게 적합할 수 있습니다.
- 환자가 정맥 수액치료를 원하는 경우에는 "선택적 치료" 또는 "모든 가능한 치료" 항목에 표시하십시오.

섹션 **C:**

- 환자 또는 법적으로 인정된 의사결정자는 인공 영양이나 수분 공급에 대한 결정을 내릴 수 있습니다. 단, 환자가 지정하지 않은 대리인(이해 관계자의 합의에 의해 선택된 대리인)은 주치의와 독립된 다른 의사가 인공 영양 및 수분 공급이 수명만 연장시키고 향후 아무런 신경학적 반응을 보일 가능성이 매우 낮다고 환자 의료 기록부에 확인할 경우 인공 영양 및 수분 공급의 유보 또는 취소에 대한 결정만 내릴 수 있습니다. HRS §327E-5.

POLST 검토 - POLST를 정기적으로 재검토할 것을 권장합니다. 특히, 다음과 같은 경우에 재검토를 권장합니다.

- 환자를 특정 진료 시설이나 단계로부터 다른 시설이나 단계로 옮기는 경우
- 환자의 건강 상태에 중대한 변화가 있는 경우, 또는
- 환자의 치료 선호도에 변화가 생긴 경우.

POLST 의 변경과 취소

- 스스로 결정을 내릴 수 있는 환자, 또는 스스로 결정을 내릴 수 없는 상태라면 법적 대리인이 치료법 변경에 대한 의사를 표시할 수 있는 모든 방법을 통해 언제든지 다른 치료계획을 요구할 수 있고, POLST를 취소할 수 있습니다.
- POLST 양식을 취소하거나 수정하려면 원본과 모든 복사본에 섹션 A부터 E까지 줄을 긋고 대문자로 "VOID(취소)" 라고 적은 후에 서명하고 날짜를 기입할 것을 권장합니다. 변경사항을 나타내는 새 POLST 양식을 작성합니다.
- 환자의 의료기관은 의학적으로 환자를 평가하고 환자의 현재 건강 상태 및 치료 목표에 따라 새로운 지시를 권고할 수 있습니다.

Kōkua Mau – A Movement to Improve Care

Kōkua Mau는 하와이에서 POLST를 시행하는 선도적인 기관입니다. 사본을 다운로드하거나 POLST 정보가 필요하시면 www.kokuamau.org/polst를 방문하십시오. 이 양식은 2023년 5월 보건부에 의해 채택되었습니다.

Kōkua Mau • PO Box 62155 • Honolulu HI 96839 • info@kokuamau.org • .kokuamau.org

환자를 이송하거나 퇴원시킬 때마다 이 양식을 함께 보내십시오.