

이 양식은 연명 치료에 관한 의료 지시서입니다. 의료 전문가는 환자의 현재 건강 상태, 가치관 및 희망 사항을 바탕으로 MOLST 양식을 작성해야 합니다. 환자가 의료 결정을 내릴 수 없는 경우, 의료 대리인 또는 대리 결정권자가 최대한 파악한 환자의 희망 사항을 지시에 반영해야 합니다. 의료 지시를 내리는 의료인은 MOLST 양식에 서명해야 합니다. 의료인이 환자를 진찰하고 지시를 검토한 후 이 양식을 무효화하지 않는 한, 환자가 다른 장소로 옮겨 가더라도 모든 의료 전문가는 이 의료 지시를 따라야 합니다. MOLST 작성에 관한 일반 지침은 이 문서의 4페이지에 있습니다.

MOLST는 일반적으로 중증 질환이 있는 환자를 위한 것입니다. 환자 또는 그 밖의 결정권자는 지시를 내릴 의사, 전문간호사 또는 의사 보조사와 협력해야 하며, 환자가 다음 중 하나에 해당하면 해당 의료인에게 MOLST 양식 작성을 요청하는 것을 고려해야 합니다.

- 연명 치료의 일부 또는 전부를 거부하거나 받기를 원하는 경우
- 장기 요양 시설에 거주하거나 장기 요양 서비스가 필요한 경우
- 향후 1년 이내에 사망할 가능성이 있는 경우

환자에게 지적 또는 발달 장애(intellectual or developmental disability, I/DD)가 있고 결정 능력이 없는 경우, 전문간호사나 의사 보조사가 아닌 의사가 지시를 내려야 합니다. 의사는 MOLST에 서명하기 전에 특별 절차를 따르고, 작성을 완료한 발달장애인국(Office for People with Developmental Disabilities, OPWDD) 법적 요건 체크리스트를 첨부해야 합니다. 이 양식에서 별표(*)는 다음을 의미합니다.

*이 결정이 지적 또는 발달 장애(I/DD)가 있는 성인 또는 미성년 환자에 관한 것이라면, 진행하기 전에 4페이지의 지침을 참조하십시오.

소생술 금지(DO-NOT-RESUSCITATE, DNR) 및 삽관 금지(DO-NOT-INTUBATE, DNI) 의료 지시

섹션 A

환자 정보

환자의 성/이름/중간 이름 첫 글자

주소/시/주/ZIP

주로 사용하는 전화번호

생년월일(월/일/연도)

해당 시 eMOLST 번호(이 양식은 eMOLST 양식이 아님)

작성된 것으로 알려진 사전 의료 지시서를 모두 선택

☐ 의료 대리인 지정서 ☐ 생전 유언 ☐ 장기 기증 ☐ 구두 사전 의료 지시 기록

섹션 B

환자에게 맥박 및/또는 호흡이 없는 경우의 소생술 지시

하나만 선택:

☐ CPR 지시: 심폐소생술(Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR) 시도

☐ DNR 지시: 소생술 시도 금지(자연사 허용)

섹션 C

환자에게 맥박과 호흡이 있는 경우 연명 치료를 위한 삽관 지시

호흡 보조: 비침습적 환기 및/또는 삽관과 기계 환기

하나만 선택: ☐ 삽관 및 장기 기계 환기(기관절개술이 포함될 수 있음)

☐ 삽관 및/또는 기계 환기를 일정 기간 시험적으로 시행*

☐ 삽관 금지(DNI): 비침습적 환기만 사용

☐ 삽관 금지(DNI) 및 비침습적 환기 또는 기계 환기 사용 금지

섹션 D

섹션 B 및 C에 대한 동의

결정권자 서명

☐ 구두 동의인 경우에만 서명란을 비워 두십시오

☐ 서면 동의인 경우 위에 서명하십시오

결정권자 구분:

☐ 환자 ☐ 의료 대리인 ☐ FHCDA 대리 결정권자(성인) ☐ FHCDA 대리 결정권자(미성년자) ☐ § 1750-b 대리 결정권자(I/DD가 있는 성인 또는 미성년자)

첫 번째 증인 이름(정자체)*

결정권자 이름(정자체)

동의 날짜/시간

두 번째 증인 이름(정자체)

섹션 E

섹션 B 및 C에 대한 의사, 전문간호사, 의사 보조사 서명

섹션 D에서 지적 또는 발달 장애(I/DD)가 있는 사람의 § 1750-b 대리 결정권자가 동의한 경우, 이 섹션에는 의사만 서명할 수 있으며, OPWDD MOLST I/DD 대상자용 법적 요건 체크리스트(Legal Requirements Checklist for Individuals with I/DD)를 작성하여 첨부한 후에만 서명할 수 있습니다.

서명

이름(정자체)

면허 번호

날짜/시간

*이 결정이 지적 또는 발달 장애(I/DD)가 있는 성인 또는 미성년 환자에 관한 것이라면 4페이지의 지침을 참조하십시오.

환자 이름

연명 치료에 관한 기타 의료 지시

섹션 F

연명 치료에 관한 추가 지시

치료 지침

하나만 선택:

- ☐ 의료 개입 제한 없음
☐ 제한적 의료 개입(아래에 기술된 범위에 한함)
☐ 편안함을 위한 조치만 시행. 통증 및 기타 증상 완화를 주된 목표로 의료 서비스 및 치료 제공

향후 입원/이송(하나만 선택)

- ☐ 의학적으로 필요한 경우 병원으로 이송
☐ 통증이나 심한 증상을 다른 방법으로 조절할 수 없는 경우가 아니면 병원으로 이송하지 않음

인공 영양 및 수분 공급

영양 공급관

하나만 선택:

- ☐ 장기 영양 공급관
☐ 필요가 생기면 사용 또는 제한 여부 결정*
☐ 영양 공급관 사용 안 함

정맥 수액

하나만 선택:

- ☐ 정맥 수액
☐ 필요에 따라 사용 또는 제한 여부 결정*
☐ 정맥 수액 사용 안 함

항생제

하나만 선택:

- ☐ 감염 치료에 항생제 사용
☐ 감염 발생 시 항생제 사용 또는 제한 여부 결정*
☐ 항생제 사용 안 함

투석

하나만 선택:

- ☐ 신부전 치료에 투석 사용
☐ 신부전 발생 시 투석 사용 또는 제한 여부 결정*
☐ 투석 사용 안 함

기타 의료 지시 및 지침(의사, 전문간호사 또는 의사 보조사와 논의한 사항만 기재하십시오. 시험적 치료*에 관한 지침과 목표를 포함할 수 있습니다. 그 밖에 논의한 사항이 없으면 "없음"이라고 적으십시오.)

섹션 G

섹션 F에 대한 동의

결정권자 서명

- ☐ 구두 동의인 경우에만 서명란을 비워 두십시오
☐ 서면 동의인 경우 위에 서명하십시오

결정권자 구분:

- ☐ 환자 ☐ 의료 대리인 ☐ FHCDA 대리 결정권자(성인)
☐ FHCDA 대리 결정권자(미성년자) ☐ § 1750-b 대리 결정권자(I/DD가 있는 성인 또는 미성년자)

결정권자 이름(정자체)

동의 날짜/시간

첫 번째 증인 이름(정자체)*

두 번째 증인 이름(정자체)

섹션 H

섹션 F에 대한 의사, 전문간호사, 의사 보조사 서명

섹션 G에서 지적 또는 발달 장애(I/DD)가 있는 사람의 § 1750-b 대리 결정권자가 동의한 경우, 이 섹션에는 의사만 서명할 수 있으며, OPWDD MOLST I/DD 대상자용 법적 요건 체크리스트를 작성하여 첨부한 후에만 서명할 수 있습니다.

서명

이름(정자체)

면허 번호

날짜/시간

***이 결정이 지적 또는 발달 장애(I/DD)가 있는 성인 또는 미성년 환자에 관한 것이라면 4페이지의 지침을 참조하십시오.**

섹션 I 검토 및 갱신

의사, 전문간호사 또는 의사 보조사*는 최소 90일마다 환자의 건강 상태를 바탕으로 이 MOLST가 적절한지 검토해야 합니다. 또한 환자가 치료를 받기 위해 다른 장소로 옮겨 가는 경우, 환자의 건강 상태에 중대한 변화(호전 또는 악화)가 있는 경우, 환자 또는 섹션 D에 기재된 그 밖의 결정권자가 마음을 바꾼 경우에도 MOLST를 검토해야 합니다. 의사, 전문간호사 또는 의사 보조사*는 검토할 때마다 변경 사항이 없는지, 아니면 양식이 무효화되었는지 표시해야 합니다. 환자 또는 섹션 D에 기재된 그 밖의 결정권자가 MOLST에 기재된 결정에 대한 동의를 철회하거나 환자가 그 결정에 반대하는 경우, 담당 의료인은 이 양식을 무효화해야 합니다.

90일 이내에 MOLST를 검토하고 갱신하지 않았더라도, 마지막으로 작성된 MOLST는 계속 유효하며 반드시 따라야 합니다.

환자가 연명 치료를 시행하지 않거나 중단하기로 한 결정에 동의할 당시 결정 능력이 있었다면, 의료 대리인이나 대리 결정권자는 환자가 이미 내린 결정을 변경할 수 없습니다. 의료 대리인이나 대리 결정권자가 이 MOLST에 동의한 경우, 의료 대리인이나 대리 결정권자는 환자의 현재 건강 상태를 바탕으로 연명 치료를 시행하지 않거나 중단하는 결정을 계속 내릴 수 있습니다.

날짜/시간	검토자 이름(정자체) 및 서명	검토 장소	검토 결과
			☐ 변경 없음 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성함 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성 안 함
			☐ 변경 없음 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성함 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성 안 함
			☐ 변경 없음 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성함 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성 안 함
			☐ 변경 없음 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성함 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성 안 함
			☐ 변경 없음 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성함 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성 안 함
			☐ 변경 없음 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성함 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성 안 함
			☐ 변경 없음 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성함 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성 안 함
			☐ 변경 없음 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성함 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성 안 함
			☐ 변경 없음 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성함 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성 안 함
			☐ 변경 없음 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성함 ☐ 양식 무효화, 새 양식 작성 안 함

*이 결정이 지적 또는 발달 장애(I/DD)가 있는 성인 또는 미성년 환자에 관한 것이라면, 진행하기 전에 4페이지의 지침을 참조하십시오.

MOLST 작성에 관한 일반 지침

뉴욕주 보건부(New York State Department of Health)와 OPWDD는 MOLST를 올바르게 작성하는 데 도움이 되도록 MOLST 양식 외에 법적 요건 체크리스트와 지침을 마련했습니다. 이 체크리스트는 의료 제공자가 모든 환자의 연명 치료 관련 결정에 수반되는 윤리적·법적 요건을 충족하도록 돕기 위한 것입니다.

MOLST 관련 결정을 내릴 능력이 없다고 판정된 성인 및 미성년 환자의 의사 결정 절차에 적용되는 법률은 의료 대리인 지정법(Health Care Proxy Law), 공중보건법(Public Health Law, PHL) 29-C장, 가족 의료 결정법(Family Health Care Decisions Act, FHCDA) PHL 29-CC 및 CCC장, 유언검인법원 절차법(Surrogate's Court Procedure Act, SCPA) 1750-b조입니다. 연령에 관계없이 모든 환자에 대해 뉴욕주 법에 따른 법적 요건을 올바르게 준수할 수 있도록 주 보건부 체크리스트 사용을 권장합니다(필수는 아님). 지적 또는 발달 장애(I/DD)가 있는 성인 또는 미성년자가 의료 결정 능력이 없고 의료 대리인 지정서도 없는 경우, MOLST를 작성하기 전에 반드시 OPWDD 체크리스트를 작성해야 합니다. 모든 증인은 동의가 구두로 이루어지든 서면으로 이루어지든 동의 과정을 직접 지켜봐야 합니다.

성인 환자를 위한 주 보건부 지침 및 법적 요건 체크리스트는 www.health.ny.gov/professionals/patients/patient_rights/molst/에서 확인할 수 있습니다.

성인 환자

성인 환자에게 적용되는 주 보건부 체크리스트는 다섯 가지입니다. 환자의 의사 결정 능력과 치료 환경에 따라 알맞은 체크리스트를 선택해야 합니다.

- **체크리스트 #1** 의료 결정 능력이 있는 성인 환자 - 모든 환경
- **체크리스트 #2** 의료 결정 능력이 없고 의료 대리인 지정서가 있는 성인 환자 - 모든 환경
- **체크리스트 #3** 의료 결정 능력이 없고 의료 대리인 지정서가 없는 병원, 호스피스 또는 요양원의 성인 환자(결정권자: FHCDA 대리 결정권자)
- **체크리스트 #4** 의료 결정 능력이 없고 의료 대리인 지정서가 없으며, 목록에 있는 FHCDA 대리 결정권자를 구할 수 없는 병원, 호스피스 또는 요양원의 성인 환자
- **체크리스트 #5** 의료 결정 능력이 없고 의료 대리인 지정서가 없는 지역사회 거주 성인 환자

FHCDA 대리 결정권자가 결정하는 미성년 환자

- 미성년 환자용 **체크리스트 #6** - FHCDA에 따라 결정이 내려지는 미성년 환자

*지적 또는 발달 장애(I/DD)가 있는 성인 또는 미성년 환자에 대한 의료 지시인 경우의 지침

연령과 거주 환경에 관계없이, I/DD가 있는 환자가 결정 능력이 없고 의료 대리인 지정서도 없는 경우에는 **OPWDD MOLST 법적 요건 체크리스트**가 필수입니다. I/DD가 있는 환자의 경우, MOLST 양식이 유효하려면 작성을 완료한 OPWDD MOLST 법적 요건 체크리스트가 종이/인쇄본 MOLST 양식에 계속 첨부되어 있어야 합니다.

I/DD가 있는 성인과 미성년자는 의사 결정 절차에 적용되는 법률이 서로 다릅니다. I/DD가 있는 성인 또는 미성년자가 결정 능력이 없다고 판정되었고 의료 대리인 지정서도 없는 경우, 해당 환자를 위한 결정을 내릴 때에는 유언검인법원 절차법(SCPA) 1750-b조를 따라야 합니다.

- 이 양식의 **섹션 E와 H**에는 전문간호사나 의사 보조사가 아닌 **의사만 서명할 수 있습니다.**
- 이 양식의 **섹션 D와 G**에서는 **증인 중 한 명이 반드시 환자의 담당 의사여야 합니다.**
- 이 양식의 **섹션 I**에 따른 검토는 전문간호사나 의사 보조사가 아닌 **의사만 수행할 수 있습니다.**
- **MOLST를 작성하기 전에** 관련 당사자에 대한 통지와 제기된 이의의 해결을 포함하여 OPWDD MOLST I/DD 대상자용 법적 요건 체크리스트 작성을 반드시 완료해야 합니다.
- OPWDD MOLST I/DD 대상자용 법적 요건 체크리스트와 SCPA 1750-b 절차는 모두 **연령이나 거주 환경에 관계없이** I/DD가 있는 성인 및 미성년 환자에게 적용됩니다.
- **I/DD가 있는 성인 및 미성년 환자에 대해 연명 치료(life sustaining treatment, LST)를 시행하지 않거나 중단하는 결정**은 OPWDD MOLST I/DD 대상자용 법적 요건 체크리스트의 2단계에 구체적으로 나열하고 기술해야 하며, 이는 대리 결정권자가 담당 의사와 환자의 건강 상태, 가능한 치료 선택지 및 치료 목표에 관해 논의한 후에만 할 수 있습니다. 또한 SCPA 1750-b에 따라, **치료를 시행하지 않거나 중단하도록 요청하는 시점에** 의사 2명이 환자의 상태가 특정 의학적 기준(연명 치료 제공이 환자에게 과도한 부담을 준다는 기준 포함)을 충족한다고 판단해야 합니다. 이러한 요건은 OPWDD MOLST I/DD 대상자용 법적 요건 체크리스트의 4단계에 포함되어 있습니다. LST를 시행하지 않거나 중단하도록 요청하기 위해 환자의 건강 상태를 판단할 때, **환자의 지적 또는 발달 장애를 고려해서는 절대 안 됩니다.**
- **I/DD가 있는 성인 또는 미성년 환자의 시험적 치료:** LST를 시험적으로 시행했으나 성공하지 못한 경우, 새 체크리스트가 필요한지 여부는 OPWDD MOLST I/DD 대상자용 법적 요건 체크리스트의 2단계에 명시된 시험적 치료의 조건에 따라 달라집니다. **시험적 치료 기간이 정해져 있지 않은 상태에서 권한 있는 대리 결정권자가 이후 LST 중단을 요청하기로 결정하면 새 체크리스트가 필요합니다.**
- 환자가 OPWDD 시설에 거주하거나 OPWDD 시설에서 이송된 경우, 의료 대리인 지정서 작성 시 추가 증인 요건이 적용됩니다.

지적 또는 발달 장애가 있는 성인 및 미성년 환자를 위한 전체 지침과 법적 요건 체크리스트는 www.opwdd.ny.gov/providers/health-care-decisions에서 확인할 수 있습니다.