

나의 의향(My Voice)

향후 의학적 치료에 대한 나의 소망 표현(My Voice – Expressing My Wishes for Future Health Care Treatment)

사전 연명치료 계획(Advance Care Planning) 안내서



2020년 2월

본 안내서의 사용은 자발적이며, 귀하에게 적합한 사전 연명치료 계획 옵션에 대해 가까운 가족 또는 의료진과의 대화를 보완하기 위한 것입니다. 또한 제공된 양식은 발행일 당시의 법안을 반영하고 있습니다. 이러한 법안은 시간이 지나면 변경될 수 있습니다. 본 안내서는 의료 또는 법률 자문을 대체하지 않습니다.

캐나다 도서관 · 기록보관소(LAC) 출판시도서목록

나의 의향 - 향후 치료에 대한 나의 소망 표현(My Voice – Expressing My Wishes for Future Health Care Treatment).

색인 포함.
ISBN 978-0-7726-6524-9

1. 사전 지시서(Advance Directive)(치료)--브리티시 컬럼비아주--
인기 저서. I. 브리티시 컬럼비아주. 보건 당국 II. 제목.

R726.2 M9 2011 344.71104'197 C2011-909048-1

보건 당국(Health authority) 문서 인쇄 참조 번호:

FH: 349976 IH: 807025 NH: 1752
PHSA: PHSA240 VCH: 00089414 VIHA: 90444

감사의 글

본 보건 당국(Ministry of Health)은 사전 연명치료 계획에 대한 이 새로운 주 안내서(provincial guide)에서 나의 소망 워크북을 적용할 수 있도록 허가해준 Fraser Health에 감사의 말씀을 드립니다. 또한 시간과 아이디어를 공유해준 많은 의사와 환자들에게도 감사를 표합니다. 본 안내서는 보건 당국에서 다음 업체와 협력하여 작성했습니다.



목차

소개	2
사전 연명치료 계획(Advance Care Plan)이 왜 중요한가요?	3
사전 연명치료 계획 개발하기	5
믿음, 가치, 소망	5
생명유지와 연명치료 개입	6
사전 연명치료 계획 옵션	8
일시적 의사 결정 대리인(TSDM: Temporary Substitute Decision Maker)	9
대리인 동의서(Representation Agreement)	11
사전 지시서(Advance Directive)	14
대리인 동의서 및 사전 지시서	16
영구적 위임장(Enduring Powers of Attorney)	19
사전 연명치료 계획 변경 또는 취소	20
용어 정의	22
서류 정리	25
사전 연명치료 계획	
사전 연명치료 계획 - 요약	27
나의 일시적 의사 결정 대리인(TSDM: Temporary Substitute Decision Maker) 목록	28
나의 믿음, 가치, 소망	30
나의 대리인: 표준(Standard)(RA 7) 및 상급 동의서(Enhanced Agreements)(RA 9)	32
대리인 동의서(Representation Agreement)(섹션 7)	34
양식 1: 대리인 또는 대체 대리인 증서	40
양식 2: 모니터링 요원 증서	41
양식 3: 성인을 대신해서 서명하는 사람을 위한 증서	42
양식 4: 입회인 증서	43
대리인 동의서(Representation Agreement)(섹션 9)	44
나의 사전 지시서(My Advance Directive)	50
자료	52
월렛 카드(Wallet Card)	52

소개

우리가 자신의 치료와 관련된 결정에 대해 발언권을 갖는 것은 중요합니다. 미래에 질병이나 부상으로 인해 의료진에게 치료 의사를 표현할 수 없는 경우가 생길 수 있습니다. 미리 계획을 세우면 가족, 친구 및/또는 의료진이 귀하가 원하는 것이 무엇인지 알고 있다가 전달해줄 수 있습니다.

2011년 9월 1일에 새로운 능력상실 대비(또는 개인) 계획 법안이 시행되어 성인들이 미래의 의료적 결정에 대해 원하는 바를 표현할 수 있는 더 많은 선택권을 갖게 되었습니다. 이 법안은 결정 능력이 있는 성인들이 자신의 믿음, 가치 및 소망에 따라 동의하거나 거부할 수 있는 치료 계획을 세울 수 있게 해줍니다. 적절한 의사 결정/계획이 없는 경우, B.C.의 치료 동의 법안은 특정인을 대신하여 의사 결정을 내려야 할 때 담당 의료진이 누구를 선택해야 하는지에 대한 구체적인 방향을 제시합니다.

본 책자의 후반부에 있는 안내서와 워크북 페이지는 귀하가 결정을 내릴 수 없을 경우 원하는 의료적 결정을 요약하는 사전 연명치료 계획을 작성할 때 도움을 줄 것입니다. 이 자료를 활용하여 귀하에게 중요한 것이 무엇인지 생각하고, 믿음과 소망을 문서화하고, 귀하에게 가장 적합한 사전 연명치료 계획을 세우십시오.

귀하가 선택하는 사전 연명치료 계획에 따라 귀하가 원하는 것을 이행하려면 법적 양식을 작성해야 할 수도 있습니다. 본 안내서에는 변호사나 공증인의 도움 없이 작성할 수 있는 양식이 포함되어 있으며, 올바르게 작성하는 한 법적으로 유효합니다. 복잡한 상황의 경우 본 양식과 본 양식에 기재된 내용이 자신의 요구사항을 해결하는지 확인하기 위해 법률 자문을 구하는 것이 좋습니다.



사전 연명치료 계획(Advance Care Plan)이 왜 중요한가요?

귀하가 의사, 전문 간호사(NP), 정식 간호사(RN) 및/또는 기타 의료진을 이해하고 그들과 의사소통할 수 있는 한, 귀하가 직접 치료 결정을 내려야 합니다.

하지만 우리는 당장 우리에게 내일 무슨 일이 일어날지 알 수 없습니다. 심각한 사고나 질병은 치료가 필요한 시점에 스스로 의료적 결정을 내리지 못하는 결과를 초래할 수 있습니다. 사전 연명치료 계획은 이러한 상황에 대비하기 위한 것입니다. 이것은 귀하의 소망에 따라 가족 또는 가까운 친구, 의료진들에게 귀하를 위한 치료와 간호를 안내해 줄 것입니다.

사전 연명치료 계획은 다음과 같은 질문에 답할 수 있게 해줍니다.

- 누가 귀하를 대신해서 의료적 결정을 내렸으면 하나요?
- 의료진들이 추천할 경우 어떤 의학적 치료에 동의하거나 거부하시나요?
- 귀하는 특정 상황에서 생명유지 장치 및 연명치료 개입을 수락할 것인가요, 거절할 것인가요?
- 만약 요양 시설 간호(residential care)가 필요하고 가족의 간호를 받을 수 없는 경우 어떤 것을 선호하시나요?

Mary는 만 54세이고 이혼했으며 스포츠를 좋아하고 성인 자녀 두 명이 있습니다. 두 달 전에 그녀는 자전거를 타다가 차에 치였습니다. 그녀는 아직 의식이 없고 인공호흡기로 숨을 쉬고 있습니다. 의사들은 Mary가 영구적인 뇌 손상을 입었고 회복되지 않을 것이라고 말했습니다. 그녀가 깨어나도 결코 스스로 걷거나, 말을 하거나, 숨을 쉴 수 없을 것입니다. 그녀의 딸들은 항상 그녀의 곁에 있습니다. 현재 Mary는 양쪽 폐가 감염되었고 매우 불편한 상태입니다. 의사들은 그녀가 몇 주 안에 사망할 것이라고 말했습니다. 의사들은 어머니의 인공호흡기를 떼는 자연사를 고려해보는 것이 어떠냐고 권유했습니다. 두 딸 중 하나는 이것이 어쩔 수 없는 최선의 방법이라고 생각했지만 현재 임신 6개월인 다른 딸은 Mary의 첫 손주가 태어날 때까지 가능한 모든 치료를 동원하기를 바랐습니다.



Mary가 사전 연명치료 계획을 통해 향후 치료에 대한 자신의 소망을 공유한다면, 그녀의 딸들과 의료진들이 이 어려운 시기에 치료에 대한 Mary의 믿음, 가치 및 소망에 대해 잘 알 수 있을 것입니다. 즉, Mary가 스스로 결정을 내릴 수 있다면 돌봄 및 치료에 대해 어떤 결정을 할지 알 수 있을 것입니다.

사전 연명치료 계획은 귀하가 의사표현이 불가능할 경우 가까운 가족, 친구, 의료진(들)과 대화를 통해 거절하거나 선택할 의학적 치료 방법을 그들에게 알리는 것입니다.

미래의 치료에 대한 귀하의 믿음, 가치 및 소망을 적는 것이 사전 연명치료 계획입니다. 사전 연명치료 계획에는 추가적인 법적 문서도 포함될 수 있습니다.

브리티시 컬럼비아의 의료진들은 환자가 의사소통이 가능했을 때 원했던 치료 방법을 존중해야 합니다. 귀하가 사전 연명치료 계획에 원하는 바를 표현했든 아니든, 의료진들은 귀하를 위해 의학적으로 적절한 치료를 권고할 것입니다.

사전 연명치료 계획을 세우면 귀하가 스스로 내릴 결정을 타인이 알게 되고, 가족과 친구들에게 미래에 필요한 지식과 도구를 제공할 것입니다. 사전 연명치료 계획은 선택사항입니다. 이것은 귀하의 가족과 친구들이 치료와 관련해서 귀하를 대신해서 중요한 의료적 결정을 내려야 할 경우 직면할 수 있는 스트레스를 완화하는 데 도움이 될 것입니다.

사전 연명치료 계획 개발하기

믿음, 가치, 소망

사전 연명치료 계획은 미래의 의학적 치료에 대한 믿음, 가치 및 소망에 대해 생각하고 가족이나 친구, 의료인과 함께 이에 대해 이야기하는 것으로 시작됩니다. 귀하가 신뢰하는 사람들이 미래의 의학적 치료와 관련하여 귀하에게 중요한 것이 무엇인지 알고 있다면 그들이 대신해서 더 쉽게 결정을 내릴 수 있을 것입니다.

다음의 예들은 귀하에게 무엇이 중요한지 알아내는 데 도움이 될 것입니다.

다음과 같은 것들이 내 삶에서 의미 있는 것들입니다.

- 가족이나 친구와 함께 시간을 보내는 것
- 애완동물/음악/예술/정원/일/취미/상쾌한 공기/스포츠에 대한 사랑
- 신앙을 실천하는 것

죽음에 대해 생각할 때 다음과 같은 것들이 위안을 줍니다.

- 모든 고통을 치료해줄 것이라는 믿음
- 나를 잘 보살펴 줄 것이며 가족이 계속 함께 있어 줄 거라는 믿음
- 비록 알 수는 없지만 사후에 무엇인가 있을 거라는 믿음

죽음을 생각할 때 다음과 같은 것이 걱정됩니다.

- 내게 일어날지도 모를 호흡 곤란
- 통제할 수 없는 고통
- 혼자 있을 것 같은 두려움

삶의 끝에 가까워질 때 내가 원하는 것은:

- 가족이 곁에 있는 것
- 누군가가 내 손을 잡아주는 것
- 종교 지도자가 방문해주는 것
- 사람들이 내 인생의 행복한 추억에 대해 부드럽게 이야기해주는 것
- 좋아하는 음악을 듣는 것
- 날씨가 어떻든 창문이 열려 있는 것

생명유지와 연명치료 개입

생명유지와 연명치료에 대해 귀하가 원하는 바를 생각하고 말하는 것은 매우 중요한데, 특히 귀하가 심각하거나 생명을 위협하는 질병을 가지고 있다면 더욱 그렇습니다. 사전 연명치료 계획은 일상적인 수술 도중이나 수술 이후의 치료, 사고 발생 시 치료 또는 사후 관리 결정과 같은 다양한 상황을 해결할 수 있습니다.

의사 및 기타 의료진은 항상 임상 평가에 따라 의학적으로 적합한 의료 서비스를 제공합니다. 의료진은 항상 통증, 어지러움, 메스꺼움, 출혈 또는 감염과 같은 증상을 이해하고 해결하고 싶어합니다. 귀하가 이해하고 의사소통할 수 있는 한, 귀하의 담당 의료진이 위험, 이점 또는 대안을 포함하여 귀하에게 가장 적합한 의료 서비스를 설명해 드릴 것입니다. 또한 귀하에게 질문이 있는지 그리고 의학적 치료를 수락하고 싶은지 또는 거절하고 싶은지 물어볼 것입니다.

가장 어려운 결정 중 하나는 생명유지 장치의 사용과 연명치료 개입과 관련된 것입니다. 연명치료에는 호흡에 도움을 주는 인공호흡기, 튜브 공급, 신장 투석 또는 심장과 폐의 활동을 되살리는 심폐 소생술 등이 있습니다. 이러한 치료는 의료진이 의학적으로 적절하다고 생각할 때 제공됩니다.

아래 질문들은 추후에 생명유지 장치 또는 연명치료 개입을 수락할 것인지 거절할 것인지 결정해야 할 때 도움이 될 수 있습니다.

만성적인 질환이 있는 경우:

- 내 건강 상태는 어느 단계이고 어떻게 진행될 수 있나요?
- 내 건강 상태가 미래에 기억력이나 스스로 결정할 수 있는 능력에 영향을 줄 수 있을까요?
- 생명에 위협적인가요?
- 이 건강 상태로 인해 어떤 생명유지 장치나 연명치료가 필요할까요?
- 제 담당 의료진이 제안하는, 사전 연명치료 계획에서 제가 고려해야 할 사항과 해결해야 할 사항은 무엇인가요?

생명을 위협하는 질병이나 부상이 있는 경우 다음을 수락하시겠습니까, 거절하시겠습니까?

- 심폐 소생술(CPR)을 하시겠습니까?
- 의료진이 의학적으로 치료가 적절하다고 말할 때 전체, 일부 또는 전무로 생명유지 장치 또는 연명치료 개입을 하시겠습니까?
- 상태가 호전되지 않을 경우 자연사를 허용하는 생명유지와 연명치료 개입의 시험 기간을 가지시겠습니까?

스스로에게 "더 이상 다음이 불가능하다면 내가 과연 생명유지 장치나 연명치료 개입을 원할까?"라고 질문해 보십시오.

- 지금처럼 삶과 생활을 즐길 수 있을까?
- 스스로 침대에서 일어나서 걷거나 외출할 수 있을까?
- 친척이나 친구들을 알아보고 의미 있는 의사소통을 할 수 있을까?
- 스스로 생각할 수 있을까?



사전 연명치료 계획 옵션

귀하가 스스로 소통할 능력이 없을 경우 귀하의 바람과 지시를 전달할 수 있는 많은 옵션이 있습니다. 개인적인 상황과 작성하려는 사전 연명치료 계획의 유형에 따라 선택 옵션이 달라집니다.

사전 연명치료 계획(Advance Care Planning) 기본 사항

모든 사전 연명치료 계획은 다음 세 가지로 구성되어야 합니다.

가족이나 친구, 의료진들과 믿음, 가치, 소망에 대해 대화를 나눕니다.

미래의 의학적 치료에 대한 귀하의 믿음, 가치 및 소망을 적습니다.

일시적 의사 결정 대리인(Temporary Substitute Decision Maker) 목록에 포함될 자격이 있는 사람들의 연락처 정보를 적습니다.

사전 연명치료 계획 옵션

다음 항목을 사전 연명치료 계획 요구사항에 따라 선택할 수 있습니다.

표준 대리인 동의서
(Representation Agreement): 섹션 7

귀하의 일상적인 재정 관리, 개인 돌봄 및 일부 의료적 관리와 관련된 결정을 내릴 사람을 지정할 수 있습니다.

해당인이 귀하 대신에 생명유지 장치나 연명치료 개입을 거부하는 것을 허락하지 않습니다.

상급 대리인 동의서
(Enhanced Representation Agreement): 섹션 9

개인 돌봄 결정과, 생명유지 장치 또는 연명치료 개입을 수락하거나 거부하는 결정을 포함한 일부 의료적 결정을 내릴 수 있는 사람을 지정할 수 있습니다.

사전 지시서(Advance Directive)

생명유지 장치 또는 연명치료 개입을 포함한 의학적 치료를 승낙하거나 거부하는 결정을 의료진에게 직접 진술할 수 있습니다.

필요한 의료적 결정을 내릴 때는 반드시 사전 지시서를 따라야 합니다. 아무도 귀하를 대신해서 결정을 내릴 것을 요청받지 않을 것입니다.

영구적 위임장(Enduring Powers of Attorney)

귀하가 결정할 수 있는 능력을 상실할 경우 귀하를 대신하여 재정 및 법적 결정을 내릴 사람을 지정할 수 있습니다.

일시적 의사 결정 대리인 (TSDM: Temporary Substitute Decision Maker)

본인이 직접 의사 결정을 내릴 수 없을 때 본인을 대신해 의료적 결정을 내릴 개인(대리인)을 법적으로 지명하지 않은 경우 일시적 의사 결정 대리인(TSDM)이 선택됩니다.

TSDM은 귀하가 작성할 수 있는 목록에서 귀하의 주치의 또는 기타 의료진이 선택합니다. 이 명단에 오를 자격이 있는 사람들의 순서는 B.C. 법률에 의해 결정됩니다. TSDM 자격을 얻기 위해서는 만 19세 이상이고 관련 능력이 있어야 하고 귀하와 갈등이 없어야 하며, 지난 1년 동안 귀하와 연락한 적이 있어야 합니다.

아래 목록에 있는 사람들 중 한 사람에게 주어진 순서대로 연락해야 합니다.

1. 배우자(결혼 배우자, 사실혼 배우자, 동성 배우자 - 동거 기간은 상관없음)
2. 아들 또는 딸(만 19세 이상, 출생 순서는 상관없음)
3. 부모(어느 쪽이든 상관없음, 양부모 가능)
4. 형제 또는 자매(출생 순서는 상관없음)
5. 조부모
6. 손주(출생 순서는 상관없음)
7. 기타 출생 또는 입양 등 귀하와 관련된 사람
8. 친한 친구
9. 귀하의 결혼과 직접 관련이 있는 사람(인척, 의붓부모, 의붓자녀 등)

목록의 순서는 변경하지 않는 것이 좋습니다. 상위에 있는 모든 사람이 자격이 없거나 부재중일 경우에만 의료진이 목록의 아래쪽에 있는 사람을 TSDM으로 선택할 수 있습니다.

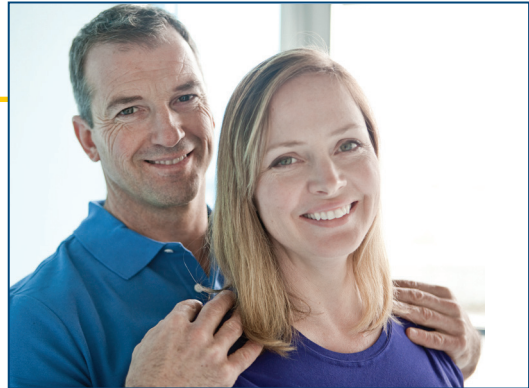
만약 목록에서 아래쪽에 있는 사람이 귀하를 대신해서 의료적 결정을 내리기를 바란다면, 대리인 동의서를 사용하여 합법적으로 해당인을 대리인으로 지명해야 합니다. 본 안내서의 뒷면에는 두 가지 유형의 대리인 동의서 양식이 있습니다. 필요에 따라 선택해서 사용하십시오. 이 두 종류의 동의서의 차이점은 다음 섹션에서 자세히 설명합니다.

귀하의 TSDM은 법적으로 귀하의 의사를 존중하는 결정을 내려야 합니다. 귀하의 사전 연명치료 계획에 대해 논의하고 귀하의 믿음, 가치 및 소망을 적어두면 TSDM이 의학적 치료 결정을 내리라는 요청을 받았을 때 귀하의 의사를 전달해줄 수 있습니다.

선택한 TSDM에 만족한다면 귀하의 사전 연명치료 계획은 다음과 같이 구성됩니다.

- 가까운 가족 또는 신뢰할 수 있는 친구와 자신의 믿음, 가치 및 소망에 대해 논의하는 것.
- 자신의 믿음, 가치 및 소망을 적는 것(30페이지).
- TSDM이 필요한 경우 의료진으로부터 순서대로 연락을 받을 수 있는 사람의 연락처로 TSDM 목록(28페이지)을 작성하는 것.

Pat은 북부의 작은 마을에 사는 만 47세의 건강한 직장인입니다. 그녀는 만 49세인 Tom과 24년 동안 결혼 생활을 해왔고 20세, 17세, 14세의 세 아이를 두고 있습니다. 어린 두 아이는 집에서 살고 첫째는 작년에 대학 진학으로 출가했습니다. 지난 몇 년 동안 많은 가족과 친구들을 잃은 후, Pat은 미래에 자신의 의료적 결정에 대해 생각하기 시작했습니다. 그녀는 Tom과 이러한 걱정에 대해 얘기를 나누었습니다. Tom 역시 Pat과 똑같은 생각을 하고 있었습니다. 그들은 향후 의료적 결정에 대해 서로가 원하는 바를 알 수 있도록 사전에 연명치료 계획을 세우기로 결정했습니다.



Pat과 Tom은 다음과 같은 이유로 각자의 믿음, 가치 및 소망을 문서화하고 TSDM 목록을 작성하기로 결정했습니다.

- Pat과 Tom은 오랫동안 안정적인 관계를 유지하고 있습니다.
- 그들은 서로의 믿음, 가치, 소망을 존중함으로써 서로를 위해 좋은 결정을 내릴 수 있다고 믿고 있습니다.
- 배우자로서 그들은 서로의 TSDM 목록에서 최상위에 있습니다.
- Pat은 Tom을 잃을 경우, 다음으로 자신의 TSDM이 될 성인 자녀 및 어머니와 자신의 믿음, 가치 및 소망에 대해 얘기를 나누었습니다.

대리인 동의서(Representation Agreement)

브리티시 컬럼비아에 거주하는 성인들은 누군가가 자신을 대신하여 특정한 종류의 결정을 해주기를 바랄 경우 대리인 동의서에 대리인을 지명할 수 있습니다. 대리인 동의서는 다음 두 종류가 있습니다.

표준 동의서: 섹션 7 대리인 동의서

섹션 7 대리인 동의서를 통해 대리인을 지명하여 자신의 일상적인 재정 관리, 개인 돌봄 및 일부 의학적 치료와 관련된 결정을 내리게 할 수 있습니다. 이것은 귀하의 대리인이 귀하를 대신해 생명유지 장치나 연명치료 개입을 거부하는 것과 관련된 의학적 치료 결정을 내리는 것을 허락하지 않습니다.

표준 동의서는 의료진에 의해 상급(섹션 9) 대리인 동의를 할 수 없는 것으로 평가된 성인의 경우에 적절한 선택사항이 될 수 있습니다. 섹션 7 대리인 동의서는 낮은 수준의 능력을 가진 성인(예: 인지 능력에 영향을 미치는 발달 장애 또는 뇌의 손상/질환으로 인해)이 일부 사전 연명치료 계획을 세울 수 있도록 허용합니다.

섹션 9 대리인 동의서를 작성할 능력이 있는 성인은 자신의 요구를 해결할 수 있는 경우 섹션 7 대리인 동의서를 작성하는 것을 선택할 수도 있습니다.

사전 연명치료 계획의 일부로 섹션 7 대리인 동의서를 작성하는 것은 다음이 포함됩니다.

- 가까운 가족 또는 신뢰할 수 있는 친구와 자신의 믿음, 가치 및 소망에 대해 논의하는 것.
- 자신의 믿음, 가치 및 소망을 적는 것(30페이지).
- 대리인을 지명하고 섹션 7 양식(34페이지)을 사용하여 대리인 동의서에 지시사항을 적는 것.
- TSDM이 필요한데 해당 대리인이 그만두거나 부재중일 경우 또는 생명유지 장치나 연명치료 개입에 대한 결정이 필요한 경우, TSDM 목록을 의료진이 연락할 수 있는 사람들의 연락처로 작성하는 것(28 페이지).

만 38세의 Michael은 10년 전에 큰 오토바이 사고를 당했습니다. 그는 사고로 머리에 부상을 입었고, 마비가 되었고, 지속적으로 기억력에 이상이 생겼습니다. 그는 미혼이고, 그의 부모님은 돌아가셨고, 다른 주에 살고 있는 사이가 가까운 남동생이 한 명 있습니다. Michael은 지난 8년 동안 자가 아파트에서 혼자 살고 있습니다. 전문적인 장비와 가정 방문 간병 인력들이 그를 최대한 도와주고 있습니다. 그의 가장 친한 친구인 Ben이 그를 매주 마트에 데려다주고 있으며 병원에도 데려다줍니다. Michael의 건강은 괜찮은 편이지만 지난 일 년 사이에 기억력이 더 나빠져서 결정을 내리는 것이 어려워졌습니다. 그는 각종 청구서를 제때 지불하고 병원 예약을 잊지 않기 위해 Ben에게 점점 더 의존하고 있습니다. Michael의 지역사회 간호사는 그가 개인적인 간호, 재정, 그리고 일부 의료 관리와 관련된 결정을 내릴 때 도와줄 수 있는 대리인을 지명할 것을 제안했습니다.

Michael은 모든 관련 요소를 고려하여 섹션 7 대리인 동의서를 작성할 자격이 있으며 그 이유는 다음과 같습니다.

- 개인 돌봄, 일상적인 재정 및 일부 의료적 관리와 관련된 결정을 도와줄 대리인을 두고 싶다는 자신의 의사를 전달할 수 있으며, 해당 대리인이 자신에게 영향을 미칠 결정을 내릴 수도 있고, 이런 결정을 중단할 수도 있다는 점을 이해하고 있습니다.
- 자신의 친구인 Ben을 신뢰하고 Ben이 자신에게 미움을 쓰고 있다는 사실을 알고 있습니다.
- Ben이 생명유지 장치나 연명치료 개입을 거부하는 결정을 내리는 것을 본인이 원치 않는다는 점을 알고 이해하고 있습니다.
- Ben이 자신의 대리인이 될 자격이 있으며 지명되는 것에 동의했습니다.
- 형이 BC 외곽에 살고 있지만 자신과 연락을 유지하고 있으며 생명유지에 대한 의료적 결정이 필요할 경우 그가 Michael의 TSDM이 될 자격이 있습니다.

상급 동의서: 섹션 9 대리인 동의서

섹션 9 대리인 동의서는 자신을 대신해서 개인 돌봄 및 의학적 치료에 대한 의사 결정을 내릴 대리인을 지명할 수 있도록 허가하고 있습니다. 여기에는 생명유지 및 연명치료 개입 승낙 또는 거부에 대한 의사 결정도 포함됩니다. 섹션 9 대리인 동의서에 명시된 대리인은 귀하의 재정 문제에 대한 결정을 내릴 수 없습니다. 귀하는 결정 능력을 상실했을 때 누군가가 귀하를 대신해서 재정적인 결정을 내리게 하기 위해 영구적 위임장을 사용하여 개인(법적 대리인)을 지명할 수 있습니다(자세한 내용은 19페이지 참조).

사전 연명치료 계획의 일부로 섹션 9 대리인 동의서를 작성하는 것은 다음이 포함됩니다.

- 가까운 가족 또는 신뢰할 수 있는 친구와 자신의 믿음, 가치 및 소망에 대해 논의하는 것.
- 자신의 믿음, 가치 및 소망을 적는 것(30페이지).
- 대리인을 지명하고 섹션 9 양식(44페이지)을 사용하여 대리인 동의서에 지시사항을 적는 것.
- TSDM이 필요한데 해당 대리인이 그만두거나 부재중일 경우 TSDM 목록을 의료진이 연락할 수 있는 사람들의 연락처로 작성하는 것(28페이지).

Gurdeep은 만 74세이고 10년 전에 부인인 Rani와 함께 캐나다로 이민왔는데 약간의 영어만 구사할 수 있습니다. Gurd의 건강은 7년 동안 좋지 못했습니다. 그는 신장병, 당뇨병, 고혈압을 앓고 있습니다. 그는 일주일에 세 번 신장 투석을 받아야 하고, 울혈성 심부전이 몇 달에 한 번씩 악화됩니다. 그와 Rani는 장남인 Jeet와 함께 살고 있는데, Jeet가 아버지를 간호하고 있으며 병원 예약이 있을 때 병원에 데려다줍니다. Gurd는 다른 자녀가 5명 더 있으며 가까운 곳에 살고 있고 그들 모두와 사이가 좋습니다. Gurd의 건강이 확실히 나빠지고 있기 때문에 그의 주치의는 그의 소망을 전달하고 만약 그가 스스로 결정을 할 수 없을 때 누가 Gurd를 대신해서 결정을 내릴 것인지 확실히 알 수 있도록 사전 연명치료 계획을 세울 것을 제안했습니다.

Gurd는 부인과 자녀들과 이야기를 나누면서 자신은 병원이나 간호 시설이 아닌 집에서 죽음을 맞이하고 싶다고 의향을 밝혔습니다. 그는 고통받는 것을 걱정하고 있으며 수명을 연장하기 위해 기계에 연결되는 것을 원하지 않았습니다. 건강 문제에도 불구하고 그는 장기 기증 의향을 밝혔습니다. 그는 자신이 능력을 상실할 경우 아들인 Jeet가 자신을 대신해서 의학적 치료 결정을 내리길 바란다고 했습니다.



Gurd는 다음과 같은 이유로 섹션 9 대리인 동의서를 작성하기로 결정했습니다.

- Jeet는 TSDM 목록의 상위권에 속하지 않으며, Gurd의 대리인으로 지명되어야만 그를 대신해서 의료적 결정을 내릴 수 있습니다.
- Gurd는 Jeet가 통역 없이 자신의 의사와 쉽게 대화할 수 있다는 것을 알고 있습니다.
- Gurd는 Jeet가 자신의 믿음, 가치 및 소망을 존중하는 의학적 치료 결정을 내릴 것이며 중요한 대화에 Rani를 포함시킬 것이라고 믿습니다.
- 섹션 9 대리인 동의서는 Jeet가 생명유지와 연명치료 개입을 수락하거나 거부할 수 있게 허용할 것입니다.

Gurd는 Jeet가 그만둘 경우를 대비해서 자신의 다른 자녀 중 한 명을 대체 대리인으로 지명하고 싶어 할 수도 있습니다.

뿐만 아니라 또는 대안적으로, Gurd는 섹션 9 대리인 동의서 양식에 의료진이 대리인에게 결정을 내릴 것을 요청하지 않고 직접 사전 지시서를 따를 수도 있다는 부분을 언급하는 사전 지시서를 작성할 수 있습니다. 이러한 선택들은 의학적 치료에 대한 Gurd의 소망과 지침들을 따를 수 있도록 보장할 것입니다.

사전 지시서(Advance Directive)

사전 지시서는 결정 능력이 있는 성인이 생명유지 및 연명치료 개입을 포함한 의학적 치료를 수락 또는 거부하는 결정을 명확하게 진술할 수 있도록 지원하며, 이러한 지침과 결정을 의료진에게 직접 제공합니다. 당시에 필요한 의학적 치료를 해결해주는 한, 반드시 사전 지시서를 따라야 합니다. TSDM은 사전 지시서에 의해 해결되지 않는 의학적 치료 결정이 필요할 때만 선택됩니다.

사전 연명치료 계획의 일부로 사전 지시서를 작성하는 것은 다음이 포함됩니다.

- 가까운 가족 또는 신뢰할 수 있는 친구와 자신의 믿음, 가치 및 소망에 대해 논의하는 것.
- 자신의 믿음, 가치 및 소망을 적는 것(30페이지).
- 사전 지시서(50페이지)에서 추후 의학적 치료에 대한 결정을 개략적으로 설명하는 것.
- 사전 지시서에서 다루지 않은 치료 결정을 위해 TSDM이 필요한 경우 TSDM 목록을 의료진이 연락할 수 있는 사람들의 연락처로 작성하는 것(28페이지).

Jenny는 만 58세이며 24년 전에 중국에서 캐나다로 이민을 왔습니다. 그녀는 미혼이며 가까운 가족이 없습니다. 그녀는 고양이 한 마리를 키우고 있고 함께 여행을 자주 다니는 친한 친구 Rose를 포함하여 소수의 친구들과 어울리는 것을 좋아하는 조용한 사람입니다. Jenny는 한 달 전 가파른 언덕을 오르다가 가슴에서 강한 통증을 느낄 때까지는 평생 건강했습니다. 여러 차례의 검사 후, Jenny의 의사는 그녀의 동맥이 막히고 있고, 콜레스테롤 수치가 너무 높으며, 심각한 심장 마비 위험이 있다고 진단을 내렸습니다. 의사는 약을 처방했고, 그녀에게



금연을 권장했으며, 추가적인 치료를 받을 수 있도록 심장 전문의를 소개했습니다. 그는 그녀에게 가까운 가족이 없기 때문에 그녀의 의료적 결정이 그녀의 건강 관리 전문가들에 의해 알려지고 존중받을 수 있도록 사전 연명치료 계획을 세우는 것을 고려해보라고 제안했습니다. Jenny는 자신의 상태가 악화되면 어떤 생명유지 장치와 연명치료 개입이 필요할지 고민한 끝에 사전 지시서를 작성하기로 결정했습니다.

Jenny는 다음과 같은 이유로 사전 지시서를 작성하기로 선택했습니다.

- Jenny는 가족이 없으며, 의료진이 그녀의 TSDM으로 선택할 수 있는 친한 친구가 없을 수도 있습니다.
- Jenny는 생명유지 장치 및 연명치료 개입에 대한 소망과 지시 사항을 작성할 수 있으며, 이러한 개입을 언제 시작, 지속 또는 중단시킬지 결정할 수도 있습니다.
- Jenny의 주치의는 그녀와 사전 연명치료 계획에 대해 상담하고 그녀의 사전 지시서 사본을 확보한 후에 미래에 대한 그녀의 희망과 소망에 대해 더 잘 알게 되었습니다.

Jenny는 친구 Rose나 자신이 신뢰하는 사람과 자신의 희망 사항에 대해 이야기하고, 필요하다면 TSDM 역할을 할 수 있는 사람들 목록에 그들을 포함시키고 싶어할 수 있습니다. 그녀는 또한 자신의 재정과 재산을 관리할 능력이 상실될 경우 누군가가 자신의 재정과 재산을 관리할 수 있도록 영구적인 위임장을 만들고 싶어할 수도 있습니다(자세한 내용은 19페이지 참조).

대리인 동의서 및 사전 지시서

성인이 대리인 동의서, 사전 지시서를 작성하든, 아니면 단순히 자신의 믿음, 가치, 소망을 가까운 가족 및 친구들과 논의하고 TSDM에 대한 연락처 정보를 확인하든 다양한 개인적 상황에 따라 선택할 수 있습니다. 브리티시 컬럼비아의 개인 계획법은 대리인 동의서와 사전 지시서 두 가지를 모두 보유하는 것을 선택할 수 있게 해줍니다.

만약 귀하가 대리인 동의서와 사전 지시서를 모두 작성했는데 대리인에게 결정을 내릴 것을 요청하지 않고 귀하의 담당 의료진이 사전 지시서를 따르기를 바란다면 대리인 동의서에 이를 명시해야 합니다.

사전 연명치료 계획의 일부로 대리인 동의서와 사전 지시서를 작성하는 것은 다음이 포함됩니다.

- 가까운 가족 또는 신뢰할 수 있는 친구와 자신의 믿음, 가치 및 소망에 대해 논의하는 것.
- 자신의 믿음, 가치 및 소망을 적는 것(30페이지).
- 섹션 7 양식(34페이지) 또는 섹션 9(44페이지) 양식을 사용하여 대리인 동의서에 대리인을 지명하는 것.
- 사전 지시서(50페이지)에 향후 의학적 치료에 대한 귀하의 결정 사항을 대략적으로 설명하는 것 [참고: 귀하가 원하는 경우 의료진이 대리인의 동의 없이 사전 지시서의 지침에 따라 행동할 수 있음을 대리인 동의서에 명시해야 합니다].
- 대리인이 그만두거나 부재중이고 귀하의 사전 지시서가 적용되지 않을 경우, 치료 결정을 위해 TSDM이 필요할 때 TSDM 목록을 의료진이 연락할 수 있는 사람들의 연락처로 작성하는 것(28페이지).

섹션 7 대리인 동의서 및 사전 지시서

섹션 7 대리인 동의서 이외에 사전 지시서를 작성하면 대리인 동의서에 귀하를 대신해 대리인에게 결정을 내릴 것을 요청하지 않고 사전 지시서의 내용을 수행할 수 있다고 명시하는 한, 귀하의 의료진에게 직접 구체적인 지침이 제공됩니다.

만 34세인 Marie는 16세 때 초기 정신병 진단을 받고 치료받았습니다. 그녀는 대부분 생활에 문제가 없고 증상을 관리하며 자신을 돌볼 수 있습니다. 그녀는 Tony와 결혼했는데 그는 정기적으로 집에서 멀리 출장을 갑니다. 그녀의 여동생인 Jeanne은 근처에 살고 있고, 가능할 때마다 Marie를 돕고 있습니다. Marie가 몸이 안 좋을 때는 보통 정신병의 반복되는 증상 때문입니다. 이럴 경우 그녀는 자신과 집을 돌볼 수 없게 됩니다. 이러한 증상에 대한 평가와 치료를 집에서 받을 때도 있지만, 심하면 가까운 정신과 병동에 입원할 때도 있습니다. 이러한 주기는 1~2년에 한 번씩 반복되었고, 증상이 심할 때는 치료를 거부하기도 합니다.

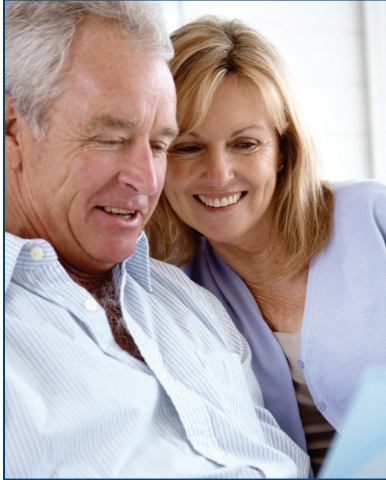
마지막으로 병원에 입원한 후에 Marie는 Tony, 그녀의 담당 정신과 의사, Jeanne 과 이러한 경우에 그녀를 돌볼 수 있는 장기적인 계획에 대해 얘기를 나누었습니다. 마지막 병원 방문에서 그녀의 주치의는 향후 의학적 치료와 개인적인 계획을 결정할 수 있도록 미리 연명치료 계획을 세울 것을 제안했습니다. 그녀가 병원에 입원해 있고 Tony가 집에 없을 경우 그녀의 간호와 일상적인 재정적 요구를 관리할 수 있는 대리인을 지정할 것을 제안했습니다. 그녀는 또한 정신병 증상이 재발할 때마다 가능한 한 빨리 치료를 받을 수 있도록 사전 지시서를 작성해둘 것을 권고받았습니다. Marie는 섹션 7 대리인 동의서 및 사전 지시서를 작성하기로 결정했습니다.

Marie는 다음과 같은 이유로 섹션 7 대리인 동의서와 사전 지시서를 작성하기로 결정했습니다.

- Marie가 아프고 Tony가 곁에 없을 때 대리인인 Jeanne이 Marie의 일상적인 재정에 대한 결정을 내릴 수 있을 것입니다. Marie는 의료적 결정을 내릴 수 있는 Jeanne의 권한을 자신의 정신병 증상이 특정 단계에 도달하는 경우로만 제한할 수도 있습니다.
- Marie는 Jeanne이 자신을 대신해서 생명유지 장치를 거부하는 결정을 내리는 걸 원치 않습니다.
- Marie의 사전 지시서는 자신의 건강관리에 대한 자세한 지침을 의료진에게 직접 제공할 수 있게 해줍니다.
- 만약 Marie가 치료가 필요한 시점에 치료를 거부하더라도, 사전 지시서에 따라 Marie가 의학적으로 필요한 치료를 받을 수 있을 것입니다.

섹션 9 대리인 동의서 및 사전 지시서

섹션 9 대리인 동의서 이외에 사전 지시서를 작성하면 대리인 동의서에 귀하를 대신해 대리인에게 결정을 내릴 것을 요청하지 않고 사전 지시서의 내용을 수행할 수 있다고 명시하는 한, 귀하의 의료진에게 직접 구체적인 지침이 제공됩니다.



만 68세 사업가인 Don은 두 달 전에 자신이 전립선암에 걸렸다는 것을 알게 되었습니다. Don은 50년 이상 담배를 피워왔고, 만성 기침이 있으며, 약간 과체중이지만 다른 건강상의 문제는 없습니다. 그의 친구는 작년에 전립선암으로 사망했고 그의 형은 5년 전에 대장암으로 사망했습니다. 그는 두 번 이혼했고, 같은 도시에 사는 성인 딸이 셋 있고, 첫 번째 아내와는 여전히 친한 친구 사이이며, 두 달 전에는 딸들이 잘 모르는 새 파트너인 Sheila와 동거를 시작했습니다. 그는 막내딸인 Karen과 특히 사이가 좋으며 그녀는 아버지가 원하는 것이 무엇인지 알고 있습니다.

Don은 정기 검진을 받기 위해 병원을 방문했고 의사와 상담했습니다. 그의 주치의는 그가 치료 결정을 내릴 능력을 상실할 경우를 대비해서 사전 연명치료 계획에 대해 생각하고 누가 의사 결정권자가 되는 것이 좋을지 고려해 볼 것을 제안했습니다. Don은 섹션 9 대리인 동의서 및 사전 지시서를 작성하기로 결정했습니다.

Don은 다음과 같은 이유로 섹션 9 대리인 동의서 및 사전 지시서를 작성하기로 결정했습니다.

- Don은 자신을 깊이 아끼는 많은 사람들과 밀접한 관계를 맺고 있습니다. 만약 Don이 아파서 스스로 결정할 수 없는 상태가 된다면, 많은 사람이 자신을 대신해서 자신이 원하는 바를 잘 전달해주리라 믿고 있습니다.
- 지명된 대리인이 없다면, Don의 의료진들은 Sheila를 TSDM으로 선택해야 합니다. 이것은 그의 딸들을 걱정시킬 것입니다.
- 사전 지시서에 치료에 대한 그의 지침을 명시함으로써, Don의 담당 의료진은 그가 원하는 것을 알게 될 것입니다.

Don이 첫 번째 아내 및/또는 막내딸 Karen을 대리인으로 삼고 싶다면 한 명은 대리인으로, 한 명은 대체 대리인으로 지명할 수 있습니다.

영구적 위임장(Enduring Powers of Attorney)

영구적인 위임장은 성인이 다른 사람(법적 대리인)을 임명하여 재정 및 법률 문제에 관한 결정을 내릴 수 있게 합니다. 지명된 사람(법적 대리인)은 해당 성인이 능력을 상실하게 되면 행동할 권한이 있습니다.

법적 대리인에게 제공되는 권한은 귀하의 필요에 맞게 조정할 수 있습니다. 예를 들어, 자유입출금 계좌 (chequing account)에 수표를 입금하는 권한부터 모든 자산에 대한 완전한 접근에 이르기까지 그 범위가 다양할 수 있습니다.

법적 대리인은 의학적 치료 관련 결정을 내리지 못할 수도 있습니다. 대리인 동의서가 자신을 대신해서 의학적 치료 결정을 내려줄 사람을 임명할 수 있는 유일한 방법입니다.

자료

영구적 위임장 양식은 다음 위치에 있습니다.

www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning

자세한 내용은 브리티시컬럼비아주 공공후견신탁관리공사(Public Guardian and Trustee of British Columbia) 웹 사이트(www.trustee.bc.ca)에서 볼 수 있습니다

변호사 소개 서비스(www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx)는 캐나다 변호사 협회의 브리티시컬럼비아 지부에서 운영하고 있습니다. 소액의 수임료로 최대 30분 동안 변호사와 초기 상담을 할 수 있습니다. 상담은 월요일부터 금요일, 오전 8시 30분부터 오후 4시 30분까지 가능합니다. Lower Mainland에서는 604 687-3221로, B.C.에서는 무료 전화인 1 800 663-1919로 전화주십시오.

사전 연명치료 계획 변경 또는 취소

귀하의 개인적인 환경은 시간이 지나면서 바뀝니다. 귀하가 능력을 상실하지 않는 한 언제든지 사전 연명치료 계획을 변경하거나 취소(철회)할 수 있습니다. 여기에는 대리인 동의서와 사전 지시서가 포함됩니다.

정기적으로 사전 연명치료 계획을 검토하고 필요한 경우 변경하는 것이 중요합니다. 검토 중에 대리인이나 가능한 TSDM에게 여전히 귀하를 대신해서 의학적 치료 결정을 내릴 의향이 있는지 질문합니다. 대리인 동의서 또는 사전 지시서에 기재한 구체적인 지침을 포함하여 사전 연명치료 계획에 기재한 소망을 검토합니다.

사전 연명치료 계획을 변경하거나 취소하기 전에 현재 건강 상태와 이용 가능한 새로운 의학적 치료법에 대한 최신 지식을 얻어야 합니다.

아래의 지침은 사전 연명치료 계획을 변경, 업데이트 또는 취소하려는 경우 수행할 조치를 설명합니다. 여기에는 귀하가 작성한 대리인 동의서 또는 사전 지시서가 있으면 포함됩니다.

1. 연명치료 개입을 포함한 사전 연명치료 계획 요약, TSDM 연락처 목록 및/또는 건강 관리에 대한 믿음, 가치 및 소망에 대한 변경 사항:

오래된 페이지는 폐기하고 새로운 내용을 기입합니다. 필요한 경우 새로운 페이지에 서명을 하고 날짜를 기입합니다. 아직 대리인을 지정하거나 사전 지시서를 작성하지 않았는데 여전히 지정을 원하지 않으면 4로 건너뛵니다.

대리인을 지정하거나[섹션 7(34페이지) 또는 섹션 9(44페이지)] 사전 지시서(50페이지)를 작성하고 양식을 작성하고 가족, 친구 및 의료진에게 알립니다.

2. 대리인 동의서(섹션 7 또는 9) 및/또는 사전 지시서 변경
다음 두 가지 옵션이 있습니다.

- 기존 대리인 동의서나 사전 지시서를 직접 변경한 다음 원본과 같은 방식으로 입회인 앞에서 서명하고 날짜를 기입합니다. 또는
- 새 대리인 동의서나 사전 지시서를 작성하여 기존 대리인 동의서나 이전 지시서를 대체하고 기존 대리인 동의서나 기존 사전 지시서를 취소합니다(3 참조).

3. 기존 대리인 동의서 또는 사전 지시서 취소

기존 대리인 동의서 또는 사전 지시서를 취소(철회)하려면:

- 원본을 파기하거나 다른 문서를 만들고 기존 문서를 취소할 의사를 표현해야 합니다.
- 대체 대리인 또는 모니터링 요원을 포함하여 대리인으로 지명된 사람에게 취소(철회)에 대한 서면 통지를 해야 합니다.

4. 변경 통보

사전 연명치료 계획을 변경 또는 취소한 후:

- 양식을 작성한 경우 대리인 동의서 또는 사전 지시서의 변경을 포함하여 사전 연명치료 계획을 변경하거나 취소했다는 사실을 가족, 친구 및 의료진에게 알려야 합니다.
- 가족, 친구, 대리인(있는 경우) 및 의료진에게 기존 대리인 동의서 및 사전 지시서의 사본(관련 있는 경우)을 포함한 사전 연명치료 계획서의 예전 사본을 돌려달라고 요청하여 폐기해야 합니다.
- 대리인 동의서 및 사전 지시서(완료한 경우)를 포함하여 새로 변경된 사전 연명치료 계획서의 사본을 가까운 가족이나 친구, 의료진에게 제공해야 합니다.
- 담당 의사와 기타 의료진이 귀하의 치료에 대한 최신 희망사항과 지침을 알고 있는지 확인해야 합니다. 대리인 동의서 또는 사전 지시서를 포함하여 사전 연명치료 계획을 업데이트할 경우 반드시 모든 관련 의료진에게 알립니다. 그들에게 더 이상 적용되지 않는 의료 지침을 검토하고 적절히 업데이트 또는 취소할 것을 요청합니다.

용어 정의

사전 연명치료 계획서는 의사 또는 기타 의료진으로부터 특정 성인을 대신하여 의학적 치료 결정을 내릴 것을 요청받은 의사 결정 대리인을 안내하기 위해 결정 능력이 있는 성인의 소망 또는 지침을 서면으로 요약한 것입니다.

사전 연명치료 계획은 현재 결정 능력이 있는 성인이 스스로 결정할 수 없는 때를 대비해서 가까운 가족/친구(들) 및 의료진과 치료에 대한 자신의 믿음, 가치, 소망에 대해 미리 이야기하는 과정입니다.

사전 지시서는 의학적 결정 능력이 있는 성인이 자신이 동의하거나 거부하는 의학적 치료에 대해 의료진에게 직접 전달하는 서면 지시서입니다. 이것은 결정 능력이 있는 성인이 이러한 능력을 상실할 경우 효과적이며, 사전 지시서에 명시된 건강 상태 및 치료에만 적용됩니다.

자연사 허용은 환자가 죽음이 다가옴에 따라 통증이나 호흡곤란과 같은 증상에 대해 의학적으로 적절한 치료를 받는 경우입니다.

CPR(심폐 소생술)은 심장 및/또는 폐가 예기치 않게 작동을 멈췄을 때 소생시키기 위해 사용하는 응급 처치입니다. 심폐 소생술은 사람의 가슴에 반복적인 압박과 폐를 부풀리고 산소를 공급하기 위한 구조 호흡을 포함할 수 있습니다.

투석은 신장이 더 이상 사람의 피를 맑게 할 수 없을 때 피를 깨끗하게 해주는 의학적 수술입니다.

임종 간호는 삶의 마지막 단계에서 제공됩니다. 이 기간 동안 제공되는 간호를 지지 요법, 완화 치료 또는 증상 관리라고 할 수 있습니다. 임종 간호는 신체적, 심리적, 영적인 면을 다루며 편안함, 의사 결정 존중 및 가족 지원에 중점을 둡니다. 이것은 여러 전공분야의 의료진들에 의해 제공됩니다.

영구적 위임장(Enduring power of attorney)은 성인이 타인(법적 대리인)에게 자신의 재정, 사업, 재산과 관련하여 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여하는 문서입니다. 이 사람(법적 대리인)은 해당 성인이 능력을 상실했을 때 행동하거나 능력이 없는 상태가 지속될 때 계속해서 행동할 권한이 있습니다. 법적 대리인은 의학적 치료 관련 결정을 내리지 못할 수도 있습니다.

의료진은 보건전문가법 및 사회복지사법에 따라 의료 서비스를 제공할 수 있는 면허를 취득하거나, 인증되었거나 등록된 전문가입니다(예: 의사, 전문 간호사(NP), 정식 간호사(RN)).

의학적 치료는 치료, 예방, 완화, 진단, 미용 또는 기타 건강 관리 목적으로 수행되는 것으로, 시간이 지남에 따라 제공되는 일련의 유사한 치료 또는 관리(예: 혈압약 투여, 상처 관리) 또는 최대 1년 동안 다양한 관리 목적을 위한 계획일 수 있습니다.

능력 상실(무능력)은 의료진에 의해 결정되며, 특정 성인이 다음을 이해하는지 여부에 따라 판단해야 합니다.

1. 그들의 건강 상태에 대해 제공된 정보
2. 위험, 유익성 및 대안을 포함한 제안된 의료 서비스의 특성
3. 정보가 그들의 상황에 적용되는지 여부.

생명유지와 연명 치료 개입은 튜브 공급, 인공호흡기(심폐 기계), 신장 투석, 약물 및 심폐 소생술과 같은 의학적 치료입니다. 이는 치료의 목적이 수명을 지속하거나 연장하는 경우 의학적으로 적절한 치료로 간주됩니다.

의학적으로 적절한 치료는 의료진의 건강 평가를 바탕으로 환자의 상태와 치료 목표와 일치하는, 의료진이 제공하는 의학적 치료입니다.

모니터링 요원은 대리인이 자신의 업무를 수행하는지 확인하는 역할을 하는 대리인 동의서에서 지명된 사람입니다.

전문 간호사(NP)는 전문 간호사라는 명칭을 사용하고 정식 등록되기 위한 요건을 충족하는, 등록된 간호사입니다. 그들은 일반적인 급성 질환과 만성 질환의 진단, 처방, 검사 명령, 관리를 포함한 추가적인 간호 서비스를 제공합니다.

개인 보호자(해당인의 후견인)은 스스로 결정할 수 있는 능력이 없는 성인의 이익을 위해 건강 및 개인적 결정을 내릴 수 있도록 법원에 의해 임명된 사람입니다.

개인 돌봄은 동거 형태, 식단, 의류, 위생, 운동 및 안전 등, 개인이 일상 생활에서 필요로 하는 것들을 관리해주는 것을 의미합니다.

위임장은 결정 능력이 있는 성인으로부터 재정, 사업 및/또는 재산 결정을 대신 내릴 수 있도록 권한을 부여받은 사람(법적 대리인)을 임명하는 문서입니다. 법적 대리인은 의학적 치료 관련 결정을 내리지 못할 수도 있습니다.

대리인은 결정을 내릴 능력이 없을 경우 자신을 대신해서 의학적 치료 결정을 내릴 수 있도록 대리인 동의서에 지명되어 있는 만 19세 이상의 개인입니다.

대리인 동의서(RA)는 결정 능력이 있는 성인이 이러한 능력을 상실할 경우 자신을 대신해서 건강 관리 및 기타 의사 결정을 내릴 수 있는 사람을 지명해놓은 문서입니다. 다음 두 가지 유형이 있습니다.

1. **섹션 7 RA:** 성인은 대리인에게 생명유지 및/또는 연명치료 개입 거부에 대한 결정을 제외하고 자신을 대신해서 재정, 개인 돌봄 및 일부 의료와 관련된 의사결정의 일상적인 관리에 대한 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다.
2. **섹션 9 RA:** 성인은 대리인에게 생명유지 장치의 수락 또는 거부 및 연명치료 개입에 관한 결정을 포함하여 해당 성인을 대신하여 개인 돌봄 및 의료와 관련된 결정을 내릴 수 있는 권한을 부여할 수 있습니다.

배우자란:

- a. 다른 사람과 결혼하였으며 이혼법(캐나다)의 의미 내에서 서로 별거 상태가 아닌 사람을 의미합니다. 또는
- b. 동성 간의 관계를 포함하여 결혼 같은 관계에서 다른 사람과 함께 살고 동거하는 사람을 말합니다.

의사 결정 대리인은 결정 능력이 없는 성인을 대신하여 의학적 치료 결정을 내릴 수 있는 권한을 가진 자이며, 개인 보호자(해당인의 후견인), 대리인 및/또는 일시적 의사 결정 대리인(Temporary Substitute Decision Maker)이 포함됩니다.

일시적 의사 결정 대리인(TSDM)은 돌봄이 필요할 때 결정 능력이 없는 성인을 대신하여 의학적 치료 결정을 내리기 위해 의료진이 지명한 결정 능력이 있는 성인입니다. 성인에게 그 당시에 필요한 치료를 위한 사전 지시서가 있거나 개인 보호자 또는 대리인이 있는 경우에는 TSDM이 선택되지 않습니다.

튜브 공급은 입으로 음식을 먹을 수 없는 사람에게 영양을 공급하는 방법입니다. 튜브 공급은 액체 음식에 사용되는 튜브를 코를 통해서 또는 복벽을 통해 위 속으로 일시적으로 또는 영구적으로 배치하는 것을 포함합니다.

인공호흡기는 사람이 스스로 숨을 쉴 수 없을 때 폐 안팎으로 공기를 공급하기 위해 사용되는 기계입니다.

서류 정리

사전 연명치료 계획은 개인의 모든 계획 서류를 쉽게 찾을 수 있도록 한 곳에 모아 둘 수 있는 좋은 기회입니다. 이것은 필요에 따라 귀하의 업무를 담당하는 사람들에게 유용할 것입니다. 아래 목록을 읽고 귀하에게 해당되는 상자와 줄을 채우십시오.

저는 장기 기증자입니다(www.transplant.bc.ca에 등록). 예 아니요

본인은 위임장을 통해 법적 대리인을 지정했습니다. 예 아니요

법적 대리인 이름: _____

저는 영구적 위임장을 통해 법적 대리인을 지정했습니다. 예 아니요

법적 대리인 이름: _____

내 위임장 및/또는 영구적 위임장의 위치:

저는 유연장이 있습니다. 예 아니요

내 유연장의 위치: _____

저는 변호사가 있습니다. 예 아니요

변호사 이름: _____ 전화: _____

저는 생명보험에 가입했습니다. 예 아니요

회사: _____

저는 장례와 장사/화장 준비를 마쳤습니다. 예 아니요

회사: _____ 전화: _____

기타 서류:

사전 연명치료 계획 (Advance Care Plan)



이 섹션에서는 사전 연명치료 계획을 수립하는 데 필요한 모든 도구와 양식을 제공합니다. 각 페이지 상단의 지시사항을 통해 어떤 페이지를 작성해야 하는지 알 수 있을 것입니다. 모든 양식은 필요한 페이지를 뜯어낼 수 있도록 디자인되어 있습니다.

귀하가 선택한 법률 서류에 필요한 페이지만 작성하십시오. 필요한 경우 본 안내서의 첫 번째 부분에 있는 다양한 사전 연명치료 계획 옵션에 대한 설명을 다시 참조하여 추후 필요한 의료 서비스에 대해 작성해야 할 문서를 결정할 수 있습니다.

My Advance Care Plan - Summary

This summary is the cover of your advance care plan.

Full name (please print): _____ Signature: _____

Date this advance care plan was completed: _____
dd/mm/yyyy

This is an update of my advance care plan: Yes No

My advance care plan includes (tick all that apply):

- My beliefs, values and wishes
- My TSDM list
- My standard representation agreement (section 7) - **optional**
 - Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative
 - Form 2 - Certificate of Monitor
 - Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult
 - Form 4 - Certificate of Witnesses
- My enhanced representation agreement (section 9) - **optional**
- My advance directive form - **optional**

I have given copies of this advance care plan to:

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ Relationship to me: _____ Phone: _____

_____ is my health care provider. Phone: _____

My Temporary Substitute Decision Maker (TSDM) List

If needed, this list will be used by your health care provider(s) to choose a TSDM for you. The order of the people on the list is set out in B.C. law and may not be changed.

To qualify as a TSDM, the person listed must be 19, capable, have no dispute with you, and have been in contact with you in the year before you need the health care. If a TSDM is needed to make a health care decision for you, your health care provider will choose the first person on the list who is qualified and available. If you want to specify one person to make health decisions for you, you must fully complete either a standard (p.34) or enhanced (p.44) representation agreement.

Spouse (includes married, common-law, same-sex - length of time living together does not matter)

Name	Phone

Children (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

Parents (either - may include adoptive)

Name	Phone	Name	Phone

Brothers or Sisters (any - birth order does not matter)

Name	Phone	Name	Phone

Grandparents (any)

Name	Phone	Name	Phone

Grandchildren (any - birth order does not matter)

Name	Phone

Name	Phone

Anyone else related to me by birth or adoption

Name	Phone

Name	Phone

Close friend

Name	Phone

Name	Phone

A person immediately related to me by marriage (ranked equally)

Name	Phone

Name	Phone

I know a TSDM will not be chosen to make health care decisions for me if I complete an optional representation agreement form and/or an advance directive form which addresses the health care condition I have when the care is needed. I also know a TSDM will be chosen to make health care decisions for me if I have no representative, if my representative is unavailable, or if my optional representation agreement and/or advance directive does not address the health care condition I have when the care is needed.

I agree.

Name (print)	Signature	Date signed

My Beliefs, Values and Wishes

Complete this page for all advance care plans, regardless of whether you choose to complete a representation agreement form or advance directive form. If needed, this information will help your substitute decision maker (court appointed personal guardian, representative or TSDM) make future health care treatment decisions for you.

Note: If you want to make an advance directive or name a representative in a representation agreement with specific instructions about your health care treatment decisions, be sure to write your instructions directly on those forms. The information you write on these pages is not a representation agreement or an advance directive.

My beliefs (what gives my life meaning)

My values (what I care about in my life)

My wishes (for future health care treatment, life support and life-prolonging medical interventions)

Name (print)	Signature	Date signed
--------------	-----------	-------------

My Representative - Standard Agreement (section 7)

Section 7 Representation Agreement Form (p.34-39)

Use a section 7 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about your routine financial affairs, your personal care and some health decisions.

A section 7 form does not provide a representative with the authority to refuse life support and life-prolonging medical interventions.

In addition to a Section 7 Representation Agreement form, the following certificates must be completed (if they apply) for the agreement to be effective:

Form 1: Certificate of Representative or Alternate Representative (p.40)

Form 2: Certificate of Monitor (p.41)

Form 3: Certificate of Person Signing for the Adult (p.42)

Form 4: Certificate of Witnesses (p.43)

My Representative - Enhanced Agreement (section 9)

Section 9 Representation Agreement Form (p.44-49)

Use a section 9 form **if you want** your representative to be authorized to make decisions about accepting or refusing life support and life-prolonging medical interventions on your behalf, in addition to other health and personal care decisions.

REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 7)

Made under Section 7 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

2. REVOCATION OF PREVIOUS REPRESENTATION AGREEMENTS

I revoke all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act* made by me.

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement)

3. REPRESENTATIVE

(See Note 3 – naming a Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)

(See Note 3 – naming a Representative)

(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)
(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)

A statutory declaration made by my Representative, my Alternate Representative (if one is named), or the Monitor (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE

(See Note 5 - what a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement)

Pursuant to section 7 of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to:

(If you want your Representative to have both types of authority, do not strike out either of the following provisions. If you want your Representative to have authority over only one of the following matters, strike out the provision over which you do not want your Representative to have authority. You may not strike out both types of authority.)

- a. help me make decisions
- b. make decisions on my behalf

about the following:

(Strike out any of the following matters for which you do not want your Representative to have authority.)

- a. my personal care;
- b. the routine management of my financial affairs, as set out in the Representation Agreement Regulation;
- c. major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- d. obtaining legal services for me and instructing counsel to commence proceedings, except divorce proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on my behalf.

7. MONITOR

(See Note 6 - what a Monitor is and whether one is required)

(Strike out this provision if a Monitor is not required and you do not want to name a Monitor.)

I name the following person as Monitor of this Representation Agreement:

Full Legal Name of Monitor
Full Address of Monitor

8. EFFECTIVE DATE

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

9. SIGNATURES

ADULT AND WITNESS SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE

(See Note 7 – information for witnesses)

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

REPRESENTATIVES' SIGNATURES

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

<p>REPRESENTATIVE</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Signature of Representative</td> <td style="width: 50%;">Date Signed (YYYY / MM / DD)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Print Name</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)			Print Name				<p>ALTERNATE REPRESENTATIVE <i>(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)</i></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Signature of Alternate Representative</td> <td style="width: 50%;">Date Signed (YYYY / MM / DD)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Print Name</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)			Print Name			
Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)																
Print Name																	
Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)																
Print Name																	

(See Note 9 - additional forms required for this Representation Agreement to be effective)

**STATUTORY DECLARATION FOR EVIDENCE OF
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the representative, the alternate representative, or the monitor, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

_____ naming _____ as Representative
name of Adult name of Representative

TO WIT:

I, _____
Name
of _____
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
 - representative named under the representation agreement
 - alternate representative named under the representation agreement
 - monitor named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

_____ location
on _____ date

Declarant's Signature

Signature of Commissioner for taking Affidavits
for British Columbia

Commissioner for taking Affidavits for British Columbia
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 7 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative, alternate representative or monitor, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

NOTE 2: Effect of revocation on a previous section 7 Representation Agreement

If you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked by the revocation provision in this representation agreement.

NOTE 3: Naming a Representative

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.
- (c) A representative must complete the Certificate of Representative or Alternate Representative in Form 1 under the Representation Agreement Regulation.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

NOTE 5: What a Representative may and may not be authorized to do under a section 7 Representation Agreement

Under a section 7 representation agreement, a representative may be authorized to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about all of the following things:

- the routine management of the adult's financial affairs, as described in the Representation Agreement Regulation;
- obtaining legal services for the adult and instructing counsel to commence proceedings, or to continue, compromise, defend or settle any legal proceedings on the adult's behalf;
- the adult's personal care, and major health care and minor health care, as defined in the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

Under a section 7 representation agreement, a representative may not be authorized to do any of the following:

- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the adult's financial affairs, other than the routine management of the adult's financial affairs as described in the Representation Agreement Regulation;
- to commence divorce proceedings on the adult's behalf;
- to help make, or to make on the adult's behalf, a decision to refuse health care necessary to preserve life;
- to help the adult make decisions, or to make decisions on behalf of the adult, about the kinds of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- despite the objection of the adult, to physically restrain, move or manage the adult, or authorize another person to do these things;

- to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*.

(Please note that this list may not be complete.)

In addition, a representative must not do either of the following:

- consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

NOTE 6: What a Monitor is and whether one is required

- (a) A monitor is a person responsible for making reasonable efforts to determine whether a representative is complying with the representative's duties under the *Representation Agreement Act*.
- (b) A monitor is required for this representation agreement if the representation agreement authorizes a representative to make, or help make, decisions concerning routine management of the adult's financial affairs, unless the representative is the adult's spouse, the Public Guardian and Trustee, a trust company or a credit union.
- (c) A monitor must complete the Certificate of Monitor in Form 2 under the Representation Agreement Regulation.

NOTE 7: Information for witnesses

- (a) The following persons may not be a witness:
 - i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
 - iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or an alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, the Public Guardian and Trustee of British Columbia, or a financial institution authorized to carry on trust business under the *Financial Institutions Act*;
 - iv. A person who is under 19 years of age;
 - v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- (c) A witness must complete the Certificate of Witnesses in Form 4 under the Representation Agreement Regulation.
- (d) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you must not witness the representation agreement or execute the Certificate of Witnesses, and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.

NOTE 9: Additional forms required for this Representation Agreement to be effective

The following certificates must be completed, if applicable:

- Form 1 (Certificate of Representative or Alternate Representative);
- Form 2 (Certificate of Monitor), if the Representation Agreement names a Monitor;
- Form 3 (Certificate of Person Signing for the Adult), if a person is signing the Representation Agreement on behalf of the Adult;
- Form 4 (Certificate of Witnesses).

These certificates can be found in the Representation Agreement Regulation.

Form 1 - Certificate of Representative or Alternate Representative

To be completed by each representative and alternate representative named in a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 5 (4) and 6 (2)].

Part 1 - Identification of representative or alternate representative

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as representative or alternate representative.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code],

_____ [date of birth, if not a trust company or credit union].

Part 2 - Certifications made by representative or alternate representative

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) I do not provide, for compensation, personal care or health care services to the adult who made the representation agreement, or I do provide the services described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (c) I am not an employee of a facility in which the adult who made the representation agreement resides and through which he or she receives personal care or health care services, or I am an employee described in this paragraph, but I am a child, parent or spouse of the adult,
- (d) I am not a witness to the representation agreement,
- (e) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a representative as set out in section 16 of the *Representation Agreement Act*, and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of representative, alternate representative or
authorized signatory of a trust company or credit union

date

Form 2 - Certificate of Monitor

To be completed by the person named as monitor as set out in section 12 (5) of the *Representation Agreement Act*.

Part I - Identification of monitor

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I am named in the representation agreement as monitor.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

Part 2 - Certifications made by monitor

I certify that

- (a) I am an adult,
- (b) I have read and understand, and agree to accept, the duties and responsibilities of a monitor as set out in section 20 of the *Representation Agreement Act*, and
- (c) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of monitor

date

Form 3 - Certificate of Person Signing for the Adult

To be completed by the person who signs a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [section 13 (4) (d)] for the adult making the agreement, if the adult is physically incapable of signing.

Part I - Identification of the person signing on behalf of the adult

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I signed the representation agreement on behalf of the adult.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

Part 2 - Certifications made by the person signing on behalf of the adult

I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I signed the representation agreement on his or her behalf, and directed me to sign because he or she was physically incapable of signing,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement when he or she directed me to sign the agreement,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative, and
- (e) I am not a witness to the representation agreement.

signature of person signing for the adult

date

Form 4 - Certificate of Witnesses

To be completed by each person witnessing the signing of a representation agreement made under section 7 of the *Representation Agreement Act* [sections 13].

Part I - Identification of, and certifications made by, first witness

1. This certificate applies to the representation agreement made _____ [date]

by _____ [name of adult].

2. I witnessed the signing of the representation agreement by, or on behalf of, the adult.

3. My contact information is as follows:

_____ [name]

_____ [telephone number], of

_____ [address],

_____ [city, province, postal code].

4. I certify that

- (a) I am an adult [does not apply to a trust company or credit union],
- (b) the adult who made the representation agreement was present when I witnessed the representation agreement,
- (c) I understand the type of communication used by the adult who made the representation agreement, or had interpretive assistance to understand that type of communication,
- (d) I am not named in the representation agreement as a representative or an alternate representative,
- (e) I am not a spouse, child, parent, employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or an alternate representative [does not apply to an employee or agent of the Public Guardian and Trustee, or a trust company or credit union], and
- (f) I have read and understand section 30 of the *Representation Agreement Act* and have no reason to make an objection as described in that section.

signature of witness

date

REPRESENTATION AGREEMENT (SECTION 9)

Made under Section 9 of the *Representation Agreement Act*.

The use of this form is voluntary. Be advised that this form may not be appropriate for use by all persons, as it provides only one option of how a Representation Agreement may be made. In addition, it does not constitute legal advice. For further information, please consult the *Representation Agreement Act* and Representation Agreement Regulation or obtain legal advice.

This form reflects the law at the date of publication. Laws can change over time. Before using this form, you should review the relevant legislation to ensure that there have not been any changes to the legislation or section numbers.

The notes referenced in this Representation Agreement are found at the end of this Agreement and are provided for information only.

1. THIS REPRESENTATION AGREEMENT IS MADE BY ME, THE ADULT:

Full Legal Name of the Adult	Date (YYYY / MM / DD)
Full Address of the Adult	

2. REVOCATION OF PREVIOUS INSTRUMENTS

(See Note 1 – actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement)

(See Note 2 – effect of revocation on previous Representation Agreements)

I revoke all of the following made by me.

- all previous Representation Agreements granting authority under section 7 of the *Representation Agreement Act*;
- all previous Representation Agreements granting authority under section 9 of the *Representation Agreement Act*.

3. REPRESENTATIVE

(See Note 3 – who may be named as Representative)

I name the following person to be my Representative:

Full Legal Name of Representative
Full Address of Representative

4. ALTERNATE REPRESENTATIVE (OPTIONAL)

(See Note 3 – who may be named as Representative)

(Strike out this provision if you do not want to appoint an Alternate Representative.)

If my Representative

- dies,
- resigns in accordance with the *Representation Agreement Act*,
- is my spouse, as defined in the *Representation Agreement Act*, at the time that I make this Representation Agreement, and our marriage or marriage-like relationship subsequently terminates as set out in the *Representation Agreement Act*, or
- becomes incapable,

then I name the following person to be my Alternate Representative:

Full Legal Name of Alternate Representative
Full Address of Alternate Representative

5. EVIDENCE OF AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE

(See Note 4 – statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative)

(Strike out this provision if you are not appointing an Alternate Representative.)

A statutory declaration made by me, my Representative, or my Alternate Representative (if one is named), declaring that one of the circumstances referenced in section 4 of this Representation Agreement has occurred, and specifying that circumstance, is sufficient evidence of the authority of my Alternate Representative to act in place of my Representative.

6. AUTHORITY OF REPRESENTATIVE

(See Note 5 - what a Representative may and may not do)

Pursuant to section 9 (1) (a) of the *Representation Agreement Act*, I authorize my Representative to do anything that the Representative considers necessary in relation to my personal care and health care.

7. INSTRUCTIONS OR WISHES (OPTIONAL)

(See Note 6 - consultation with a health care provider)

The following are my instructions or wishes with respect to decisions that will be made within the areas of authority given to my Representative under this Representation Agreement:

8. EFFECTIVE DATE

This Representation Agreement becomes effective on the date it is executed.

9. SIGNATURES

ADULT AND WITNESS SIGNATURES

ADULT'S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

Signature of Adult	Date Signed (YYYY / MM / DD)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	
Print Name	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

WITNESSES TO ADULT'S SIGNATURE

(See Note 7 – information for witnesses)

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	
Print Name	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	
Address	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	
If witness is a lawyer or member of the Society of Notaries Public of British Columbia, check relevant box below: <input type="checkbox"/> lawyer <input type="checkbox"/> member of the Society of Notaries Public of British Columbia	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	
Print Name	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	
Address	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

REPRESENTATIVES' SIGNATURES

(See Note 8 - when a Representative may exercise authority under this Representation Agreement)

REPRESENTATIVE

Signature of Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	
Print Name	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

ALTERNATE REPRESENTATIVE

(Strike out if an Alternate Representative is not appointed.)

Signature of Alternate Representative	Date Signed (YYYY / MM / DD)
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	
Print Name	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	

**STATUTORY DECLARATION FOR EVIDENCE OF
AUTHORITY OF ALTERNATE REPRESENTATIVE**

This statutory declaration may be completed by the adult, the representative, or the alternate representative, as evidence of the authority of the alternate representative to act in place of the representative. This statutory declaration would be completed if one of the circumstances in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative occurs to establish the authority of the alternate representative.

CANADA
PROVINCE OF BRITISH COLUMBIA

IN THE MATTER OF the *Representation Agreement Act* re: a Representation Agreement made by

_____ naming _____ as Representative
name of Adult name of Representative

TO WIT:

I, _____
Name

of _____
Full Address

SOLEMNLY DECLARE THAT:

- a. I am the (*strike out the descriptions that do not apply*):
 - adult who made the representation agreement
 - representative named under the representation agreement
 - alternate representative named under the representation agreement.
- b. One of the circumstances referenced in the Representation Agreement in which the alternate representative is authorized to act in place of the representative has occurred, specifically (*describe the specific circumstance resulting in the alternate representative having authority to act*):

AND I make this solemn declaration conscientiously believing it to be true and knowing that it is of the same force and effect as if made under oath.

DECLARED BEFORE ME AT

_____ location
on _____ date

Declarant's Signature

Signature of Commissioner for taking Affidavits
for British Columbia

Commissioner for taking Affidavits for British Columbia
(Apply stamp, or type or legibly print name of commissioner)

NOTES RESPECTING THIS REPRESENTATION AGREEMENT MADE UNDER SECTION 9 OF THE REPRESENTATION AGREEMENT ACT

The notes provided below are for the purpose of providing information only, and do not constitute legal advice.

These notes are prepared for the purposes of this representation agreement form. They should not be considered a complete description of matters to be taken into account in making a representation agreement. A person making a representation agreement, or acting as a representative or alternate representative, should consult the *Representation Agreement Act* and the Representation Agreement Regulation to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: Actions that must be taken to revoke a previous Representation Agreement

To revoke a previous representation agreement, you must also give written notice of the revocation to each representative, each alternate representative, and any monitor named in that representation agreement. Revocation is effective when this notice is given, or on a later date stated in the notice.

NOTE 2: Effect of revocation on previous Representation Agreements

The revocation provision in this representation agreement will do all of the following:

- if you have previously made a section 7 representation agreement that is still effective, it will be revoked;
- if you have previously made a section 9 representation agreement that is still effective, it will be revoked.

NOTE 3: Who may be named as Representative

- (a) This form provides for the naming of one representative and one alternate representative. If you wish to name more than one representative to act at the same time, do not use this form.
- (b) The *Representation Agreement Act* sets out who may be named as a representative. If an individual is appointed, that individual must be 19 years of age or older, and must not be an individual who provides personal care or health care services to the adult for compensation, or who is an employee of a facility in which the adult resides and through which the adult receives personal care or health care services, unless the individual is a child, parent or spouse of the adult.

The information in this note also applies in respect of an alternate representative.

NOTE 4: Statutory declaration for evidence of authority of Alternate Representative

A statutory declaration that may be used is included with this form.

Additional evidence establishing the authority of the alternate representative to act in place of the representative may be required for some purposes.

NOTE 5: What a Representative may and may not do

The authority of a representative appointed under this representation agreement includes the power to give or refuse consent to health care necessary to preserve life.

A representative appointed under this representation agreement must not do any of the following:

- give or refuse consent on the adult's behalf to any type of health care prescribed under section 34 (2) (f) of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*;
- make arrangements for the temporary care and education of the adult's minor children, or any other persons who are cared for or supported by the adult;
- interfere with the adult's religious practices.

(Please note this list may not be complete.)

If you want your representative to be authorized to do the things on the above list, you should obtain legal advice.

In addition, under the *Representation Agreement Act*, a representative:

- may not be authorized to refuse consent to those matters in relation to the *Mental Health Act* set out in section 11 of the *Representation Agreement Act*;
- must not consent to the provision of professional services, care or treatment to the adult for the purposes of sterilization for non-therapeutic purposes;
- must not make or change a will for the adult.

(Please note that this list may not be complete.)

NOTE 6: Consultation with a health care provider

If you choose to include instructions or wishes in your representation agreement about your health care, you may wish to discuss with a health care provider the options and the possible implications of your choices.

NOTE 7: Information for witnesses

(a) The following persons may not be a witness:

- i. A person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- ii. A spouse, child or parent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative;
- iii. An employee or agent of a person named in the representation agreement as a representative or alternate representative, unless the person named as a representative or alternate representative is a lawyer, a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia, or the Public Guardian and Trustee of British Columbia;
- iv. A person who is under 19 years of age;
- v. A person who does not understand the type of communication used by the adult unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.

(b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or a member in good standing of the Society of Notaries Public of British Columbia.

(c) Section 30 of the *Representation Agreement Act* provides for a number of reasons to object to the making and use of a representation agreement. If you believe that you have grounds to make an objection at this time, you should not witness the representation agreement and you may report your objection to the Public Guardian and Trustee of British Columbia.

NOTE 8: When a Representative may exercise authority under this Representation Agreement

Before a person may exercise the authority of a representative under a representation agreement, that person must sign the representation agreement.



ADVANCE DIRECTIVE

Made under the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*

The use of this form is voluntary. Before completing this Advance Directive, it is advisable to obtain legal advice and the advice of a health care provider about the possible implications of this Advance Directive, and your choices about the types of health care for which you might give or refuse consent under this Advance Directive.

The notes referenced in this Advance Directive are found at the end of this Advance Directive and are provided for informational purposes only. (See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive.)

1. THIS IS THE ADVANCE DIRECTIVE OF THE “ADULT”:

Full Legal Name of the Adult		Date (YYYY / MM / DD)	
Full Address of the Adult			
Date of Birth (YYYY / MM / DD)	(OPTIONAL) Personal Health (CareCard) Number		

2. REVOCATION OF PREVIOUS ADVANCE DIRECTIVES:

I revoke all previous Advance Directives made by me.

3. CONSENT TO HEALTH CARE AND REFUSAL OF CONSENT TO HEALTH CARE:

If I need health care and I am not capable of giving or refusing consent to the health care at the time the health care is required, **I give the following instructions:**

[Note: If a health care decision is required while you are incapable but the type of health care is not addressed in this Advance Directive, the decision will be made by a substitute decision maker.]

I consent to the following health care:

I refuse to consent to the following health care:

4. ACKNOWLEDGMENTS

I know that as a result of making this Advance Directive

- a. I will not be provided with any health care for which I refuse consent in this Advance Directive, and
- b. No one will be chosen to make decisions on my behalf in respect of any health care matters for which I give or refuse consent in this Advance Directive.

(See Note 1 – limitations on the effect of this Advance Directive)

5. SIGNATURES

ADULT’S SIGNATURE

- The Adult must sign and date in the presence of both Witnesses.

	Date Signed (YYYY / MM / DD)
--	------------------------------

WITNESSES TO ADULT’S SIGNATURE - SEE NOTE 2, INFORMATION FOR WITNESSES

WITNESS NO. 1

- Witness No. 1 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 2.

Signature of Witness No. 1	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

WITNESS NO. 2

- Not required if Witness No. 1 is a lawyer or notary public.
- Witness No. 2 must sign in the presence of the Adult and Witness No. 1.

Signature of Witness No. 2	Date Signed (YYYY / MM / DD)
Print Name	
Address	

NOTES RESPECTING ADVANCE DIRECTIVES

The notes provided below are for the purposes of providing information only.

These notes should NOT be considered complete: a person making an Advance Directive should consult the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act* to ensure that they understand their rights and duties.

NOTE 1: LIMITATIONS ON THE EFFECT OF THIS ADVANCE DIRECTIVE

Note that the effect of this Advance Directive and the giving and refusing of consent under it is subject to the limitations set out in sections 19.2 (2), 19.3 (1) and 19.8 of the *Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act*.

NOTE 2: INFORMATION FOR WITNESSES

- (a) The following persons may not be a witness:
 - i. A person who provides personal care, health care or financial services to the adult for compensation, other than a lawyer or notary public;
 - ii. A spouse, child, parent, employee or agent of a person described in paragraph (a);
 - iii. A person who is under 19 years of age;
 - iv. A person who does not understand the type of communication used by the Adult, unless the person receives interpretive assistance to understand that type of communication.
- (b) Only one witness is required if the witness is a lawyer or notary public.
- (c) You should not witness the Advance Directive if you have reason to believe that
 - i. the Adult is incapable of making, changing or revoking an Advance Directive, or
 - ii. fraud, undue pressure or some other form of abuse or neglect was used to induce the Adult to make the Advance Directive, or to change or revoke a previous Advance Directive.

사전 연명치료 계획(Advance Care Planning)

사전 연명치료 계획에 대한 자세한 정보를 보려면 다음을 방문하십시오.

SeniorsBC - www.gov.bc.ca/advancecare

HealthLink BC (www.healthlinkbc.ca) 그리고 advance care planning(사전 연명치료 계획)을 검색하거나 8-1-1로 전화하십시오.

가까운 지역 보건 당국:

프레이저 헬스(Fraser Health) - https://www.fraserhealth.ca/health-topics-a-to-z/advance-care-planning#Ylg_kihBxPZ

인테리어 헬스(Interior Health) - www.interiorhealth.ca/YourCare/PalliativeCare/ToughDecisions/Pages/Advance-Care-Planning.aspx

아일랜드 헬스(Island Health) - <https://www.islandhealth.ca/our-services/advance-care-planning>

노던 헬스(Northern Health) - www.northernhealth.ca/health-topics/advance-care-planning

밴쿠버 코스탈 헬스(Vancouver Coastal Health) - www.vch.ca/public-health/health-topics-a-z/topics/advance-care-planning

법안

B.C.의 능력상실 대비 계획과 관련된 법안은

www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/incapacity-planning 에서 자세히 볼 수 있습니다

개인 계획

The Public Guardian and Trustee(공공후견신탁관리공사) - www.trustee.bc.ca/services/services-to-adults/Pages/personal-planning.aspx

Nidus Personal Planning Resource Centre(Nidus 개인 계획 자료 센터) - www.nidus.ca

법적 니즈(Legal Needs)

변호사가 필요한 경우를 위해 캐나다 변호사 협회 브리티시 컬럼비아 지부에서 변호사 추천 서비스를 운영하고 있습니다. 자세한 내용은 www.cba.org/BC/Initiatives/main/lawyer_referral.aspx 에서 볼 수 있습니다

건강 관리에 필요한 사항

브리티시 컬럼비아 가정의학과 대학에서 가족 주치의를 찾는 방법을 알려드립니다.

bccfp.bc.ca/for-the-public/find-a-family-doctor

를 방문하십시오

제 성명은 _____입니다

비상 연락처:

_____ (이름) _____ (전화번호)

본인의 담당 의료진: _____

본인은 사전 연명치료 계획서를 작성했습니다.

대리인 동의서 포함 [섹션 7 섹션 9]

사전 지시서 포함

본인은 장기 기증자입니다.

본인의 중요한 서류 위치: _____

