

預立醫療照護諮商－收案暨登錄檢核表

預立醫療照護諮商 檢核記錄欄位：此份檢核表為確保預立醫療照護諮商團隊，應於預立醫療照護諮商中向意願人及其關係人說明以下內容，達成意願人與相關關係人能在過程中有良好醫療自主與善終議題溝通之目的，並於相關欄位簽署證明，茲作為有效之預立醫療照護諮商證明，俾利成為預立醫療決定書核章之要件。

意願人姓名：	諮商日期：	年	月	日
病歷號：(若有病歷則請填寫之)	起訖時間：	時	分至	時 分

壹、意願人心智缺陷和自願參與評估

- 一、 意願人經預立醫療照護諮商人員評估，確認具意思表示能力。
 二、 意願人為出於自願參與預立醫療照護諮商。

貳、醫療委任代理人

- 一、**確認事項：**有 無 經書面指定預立醫療委任代理人：
醫療委任代理人須經書面指定生效。若在預立醫療照護諮商前，已指定醫療委任代理人，建議須共同參與預立醫療照護諮商，以利了解意願人對於預立醫療決定之想法與決定。
- 二、**權限說明：**請告知醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：
 (一). 聽取病人自主權利法第五條醫療機構或醫師有關病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項。
 (二). 簽具病人自主權利法第六條中央主管機關規定之侵入性檢查或治療之同意書。
 (三). 依意願人之預立醫療決定書內容，代理意願人表達醫療意願。

受任人姓名：	關係：	受任人姓名：	關係：

參、預立醫療照護諮商主題說明與確認檢核

說明檢核	說明內容	意願人了解確認
<input type="checkbox"/>	<p>一、說明「意願人在病人自主權利法(以下簡稱病主法)保障下，擁有之知情、選擇與決定權」。包含如下：</p> <p>(一). 意願人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。</p> <p>(二). 對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利，且其他人不得妨礙。但若病人為限制行為能力人、受輔助宣告或意思能力顯有不足者、無行為能力、意識昏迷或無法清楚表達意願時，除病人同意外，亦應經關係人同意或由關係人決定。(病主法施行細則第五條)。</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<p>二、說明病人自主權利法保障病人特殊醫療拒絕權。</p> <p>(一). 意願人之預立醫療決定，得於第十四條特定臨床條件生效時，接受或拒絕「維持生命治療」或「人工營養及流體餵養」之全部或一部。(病主法第八條)</p>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<p>三、說明「病主法第十四條第一項規定之特定臨床條件」。包含下列五項內容：</p> <p><input type="checkbox"/> (一). 末期病人。</p> <p><input type="checkbox"/> (二). 處於不可逆轉之昏迷狀況。</p> <p><input type="checkbox"/> (三). 永久植物人狀態。</p> <p><input type="checkbox"/> (四). 極重度失智。</p> <p><input type="checkbox"/> (五). 其他經中央主管機關公告之病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形。</p> <p>※可視意願人疾病狀況說明其中之一或全部五種臨床條件。</p> <p>※以上臨床條件之判定準則可參與病主法施行細則參考之。應解釋拒絕醫療權，包含拒絕維持生命治療、人工營養及流體餵養。</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<p>四、說明「預立醫療決定書之格式」。包含如下：(病主法第八條)</p> <p><input type="checkbox"/> (一). 說明預立醫療決定書包含「醫療照護選項」和「提供預立醫療照護諮商之醫療機構核章證明」。</p> <p><input type="checkbox"/> (二). 說明醫療照護選項包含「維持生命治療、人工營養及流體餵養」之內容。(病主法第三條第一項第一款、第二款)</p> <p><input type="checkbox"/> (三). 說明不同醫療照護選項之選項內容。</p> <p>※若意願人在醫療照護選項中，填寫委由醫療委任代理人決定，提醒若醫療委任代理人無法行使職權(如：失蹤、死亡或無法聯繫)時，則該預立醫療決定無法執行。(病主法施行細則第八條)</p> <p>※若意願人選擇「在一段時間內，接受維持生命治療/人工營養及流體餵養」，則告知若處於「末期病人」和「其他經中央主管機關公告之疾病或情形」時，得於其間表達停止的意願；其他臨床條件則無法表達。</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<p>五、說明「預立醫療決定之法定程序」。包含如下：(病主法第九條)</p> <p><input type="checkbox"/> (一). 完成預立醫療照護諮商後，醫療機構予以核章證明。</p> <p><input type="checkbox"/> (二). 完成見證或公證程序。(病主法第九條第一項第二款)</p> <p><input type="checkbox"/> (三). 完成預立醫療決定書後，需惠請醫療機構以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫，並註記於全民健康保險憑證。</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<p>六、說明「預立醫療決定書之變更或撤回程序」。包含如下：</p> <p>(一) 非臨床醫療過程，變更或撤回預立醫療決定者：以書面為之。應依病主法第十二條第二項及第十三條委請醫療機構向中央主管機關申請更新註記。</p> <p>(二) 預立醫療決定書與臨床書面明示之意思不一致時，有兩種可能情況：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 意思表示之內容，係選擇接受維持生命治療或人工營養及流體餵養者：不須進行變更程序，醫師將立即給予。 2. 意思表示之內容，係不選擇接受維持生命治療或人工營養及流體餵養者，但預立醫療決定書表示選擇：請完成變更程序。以書面為之。應依病主法第十二條第二項、第十二條第四項及第十三條委請醫療機構向中央主管機關申請更新註記。 <p>※意願人完成書面，及委請醫療機構向中央主管機關申請更新註記完成，其變更之預立醫療決定書即生效力。</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<p>七、說明「醫療委任代理人之權限與相關機制」。包含如下：</p> <p>醫療委任代理人於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達醫療意願，其權限如下：</p> <p><input type="checkbox"/> (一). 聽取病主法第五條醫療機構或醫師有關病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應等相關事項。</p> <p><input type="checkbox"/> (二). 簽具病主法第六條手術同意書、中央主管機關規定之侵入性檢查或治療之同意書。</p> <p><input type="checkbox"/> (三). 依意願人病主法第八及第十四條之預立醫療決定書內容，代理意願人表達醫療意願。</p> <p><input type="checkbox"/> (四). 單獨代理、當然解任、雙向解任、空白授權等事項說明</p>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<p>八、說明「預定醫療決定之執行程序」。包含如下：</p> <p><input type="checkbox"/> (一). 說明臨床條件如何確立之程序：若意願人因疾病或意外符合上述五款臨床條件之一，將由二位具相關專科醫師資格之醫師確診，並經緩和醫療團隊至少二次</p>	<input type="checkbox"/>

- 照會確認後執行。(病主法第十四條第二項)
- (二). 說明醫療機構或醫師對前條第一項第一款及第五款之病人，於開始執行預立醫療決定前，應向有意思能力之意願人確認該決定之內容及範圍。(病主法第十五條)
- (三). 當臨床條件確診後，醫療機構或醫師得依意願人預立醫療決定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部之「特定臨床條件」(病主法第十四條第一項)。
- (四). 醫療機構或醫師依其專業或意願，無法執行病人預立醫療決定時，得不施行之。不施行時，應建議轉診(施行細則第十五條)，並告知病人或關係人(病主法第十四條第四項)。醫療機構或醫師依本條規定終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養之全部或一部，不負刑事與行政責任；因此所生之損害，除有故意或重大過失，且違反病人預立醫療決定者外，不負賠償責任(病主法第十四條第三至第五項)。
- (五). 醫療機構或醫師終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養時，應提供病人緩和醫療及其他適當處置。醫療機構依其人員、設備及專長能力無法提供時，應建議病人轉診，並提供協助(病主法第十六條)。

肆、團隊成員 出席簽章

一、醫師簽章：_____

二、護理人員簽章：_____

三、社工人員或心理師簽章：_____

四、其他醫事人員簽章：_____

伍、意願人及法定參與人 簽章

一、意願人簽章：_____

二、二親等內之親屬簽章：_____ 關係：_____ (至少一名)

二親等內親屬不克參與，理由：_____

※二親等內之親屬包括：(如不敷使用請另行複印)

1. 配偶 2. 子女 3. 父母 4. 手足 5. 孫子女/外孫子女 6. 祖父母/外祖父母

7. 公婆/岳父母 8. 女婿/媳婦 9. 弟媳/兄嫂 10. 姊夫/妹夫/小姨/小叔 11. 妯娌/連襟

三、其他關係人(參與家屬、親友簽名，如不敷使用請另行複印)

簽名：	關係：

陸、預立醫療照護諮商過程摘述說明

(如：意願人與關係人其他意願之表達、諮商中參與情況與互動、諮商討論特殊之情況、其他補充說明等。)

(欄位不夠可自行增加填寫)

< _____ 醫院 >

預立醫療決定書掃描上傳存記 檢核表

意願人之預立醫療決定書，於全民健康保險憑證註記前應先由醫療機構以掃描電子檔存記於中央主管機關之資料庫，茲作為有效之預立醫療決定書掃描上傳之要件。

意願人姓名：		上傳日期： 年 月 日	
病歷號：(若有病歷則請填寫之)			
預立醫療決定書主題說明與確認檢核			
意願人確認		說明內容	醫療機構確認
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	一、意願人之預立醫療決定書中之姓名簽署、國民身分證號碼與日期是否填寫完成	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	二、預立醫療照護諮商醫療機構核章欄位中之意願人姓名及參與者姓名是否填寫完成	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	三、預立醫療照護諮商醫療機構核章欄位中意願人姓名是否與預立醫療決定書簽署姓名是否相符	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	四、預立醫療照護諮商之醫療機構核章欄位是否完成並簽署日期	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	五、預立醫療決定書中應記載之醫療照護選項欄位是否填寫完成。	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	六、意願人應記載之醫療照護選項欄位勾選為醫療委任代理人代為決定時，確認醫療委任代理人委任書是否填寫完成	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	七、預立醫療決定書之「見證人」欄位是否完成姓名、關係與連絡電話之填寫，或公證程序欄位填寫。	<input type="checkbox"/>

醫療機構檢核人員簽章： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日