

臺中榮民總醫院

預立醫療照護諮商記錄表

科別：_____	病床號：_____
索引號：_____	性別：_____
姓名：_____	
出生年月日：_____	

諮商日期	年	月	日	起迄時間	時	分至	時	分
------	---	---	---	------	---	----	---	---

意願人 瞭解確認	壹、預立醫療照護諮商主題說明內容
<input type="checkbox"/>	1. 依提供預立醫療照護諮商醫療機構管理辦法規範辦理。2. 「病人自主權利法」以下簡稱「病主法」 一、意願人依病主法保障，擁有知情、選擇與決定權。
<input type="checkbox"/>	二、病主法保障病人之特殊醫療拒絕權： (1) 終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養應符合特定臨床條件。 (2) 意願人之預立醫療決定，得於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。
<input type="checkbox"/>	三、「預立醫療決定書」之格式如現場提供參考之範本。意願人需完成預立醫療照護諮商、填妥「預立醫療決定書」，請兩人見證或公證，經醫療機構掃描上傳存記資料庫後，才會生效，並註記於健保卡中。
<input type="checkbox"/>	四、「預立醫療決定得變更或撤回」：意願人需以書面為之後，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即生效力。
<input type="checkbox"/>	五、「醫療委任代理人之權限及終止委任、當然解任之規定」如「預立醫療決定書」附件「醫療委任代理人委任書」所記載。 ※若醫療委任代理人無法行使職權（如醫療機構確認無法聯繫時），則此該預立醫療決定無法執行。代理人有二人以上者，得依指定順位；先順位者不為意思表示或無法聯繫時，由後順位者行使之。（施行細則 § 7）
<input type="checkbox"/>	六、說明「預定醫療決定之執程序」。 <input type="checkbox"/> (一). 當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照會確認後執行。（病主法 § 14-2） <input type="checkbox"/> (二). 醫療機構或醫師，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 § 15） <input type="checkbox"/> (三). 醫療機構或醫師依照預立醫療決定終止、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 § 16）。 <input type="checkbox"/> (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，應告知病人或關係人（病主法 § 14-4），並建議轉診及提供協助（施行細則 § 15）。

貳、意願人與醫療委任代理人簽名 已書面指定醫療委任代理人： 是 否

意願人簽名	第一順位受任人簽名	第二順位受任人簽名	第三順位受任人簽名

參、參與諮商之二親等內之親屬或其它關係人簽名

關係	關係	關係	無二親等參與原因：
			<input type="checkbox"/> 單身無親屬 <input type="checkbox"/> 聯繫困難 <input type="checkbox"/> 特殊事由：

* 二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前向第一款預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。但二親等內之親屬死亡、失蹤或具特殊事由時，得不參與。

* 二親等內親屬： 父母、祖父母/外祖父母、兄弟姊妹、兄弟姊妹的配偶；

配偶、子女、孫子女、子女配偶、孫子女配偶；

配偶父母、配偶祖父母/外祖父母、配偶兄弟姊妹、配偶兄弟姊妹的配偶。

臺中榮民總醫院 預立醫療照護諮商記錄表

肆、意願人心智缺陷及自願參與評估

- 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、 確認意願人為出於自願參與預立醫療照護諮商。

伍、預立醫療照護諮商過程摘述說明

- 一、諮商動機： 因自身罹病 因單身 期待尊嚴善終 媒體報導宣傳 預作生命安排
 (可複選) 因家屬罹病 不希望家人承擔決定責任 不想拖累家人 其它_____

二、意願人之諮商參與情況 (若任一面向能力不足，則無法簽署 AD)：

- (1) 理解能力 可換句話說或重述要點 可從選項中回答 能力不足
 (2) 記憶能力 可重述要點或內容 可從輔助下重述要點或內容 能力不足
 (3) 衡量能力 可提出理由或思考過程 可從輔助下提出理由或思考 能力不足
 (4) 溝通能力 可表達意願或考量 可從輔助下表達意願或考量 能力不足

三、諮商參與過程之互動：

- (1) 諮商團隊協助方式以 口頭說明 衛教資料 (影片、文宣、衛材) 協助對話溝通
 (2) 二親等親屬是否支持意願人想法 是 否 未參與 其他_____
 (3) 醫療委任代理人是否瞭解意願人想法 是 否 未參與 其他_____
 (4) 其它與會者是否支持意願人想法 是 否 未參與 其他_____

四、諮商現場之五款臨床條件表示意願 (若未確定者可不圈選)：

末期病人	不可逆轉之昏迷狀態	永久植物人	極重度失智	主管機關公告之疾病
LST:1 2 3 4				
AHN:1 2 3 4				

說明：1. 不希望接受。2. 在(一段時間)內可接受嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止意願。3. 若已意識昏迷或無法清楚表達意願，由醫療委任代理人代為決定。4. 希望接受。

五、其他補充說明：(如意願人與關係人其它意願之表達、諮商中參與情形與互動、諮商討論特殊之情況等等)

預立醫療決定書：

- 現場完成填寫及見證程序，經檢核後已收件，將代為掃描上傳，並將正本由意願人攜回。
 意願人將攜回，完成填寫與見證簽署程序後再送回掃描上傳。

陸、團隊出席成員簽名

醫師	護理師	社工師/心理師	其它醫事人員
----	-----	---------	--------

* 依衛福部「提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法」第六條規定：諮商機構應就諮商之過程做成記錄，並經意願人及參與者簽名；其記錄應併同病歷保存。

* 諮商機構於完成諮商後，應於決定書上核章交與意願人。但經諮商團隊判斷意願人具有心智缺陷而無意思能力，或非出於自願者，依本法第九條第三項規定，不得為核章證明。