

○○醫院預立醫療照護諮商紀錄(第一頁)

意願人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日	諮商日期	年 月 日 時 分至 時 分
病歷號		身分	<input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 非榮民	病房 科別		身分證號	
意願人瞭解確認	壹、預立醫療照護諮商主題說明內容 (「病人自主權利法」以下簡稱「病主法」)						
<input type="checkbox"/>	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，並註記於健保卡中，才會生效。						
<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。(施行細則第七條)。						
貳、意願人與醫療委任代理人簽名							
是否有配偶或二親等內親屬至少1人參與諮商： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				是否已書面指定醫療委任代理人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
無二親等參與諮商原因為： <input type="checkbox"/> 單身無親屬 <input type="checkbox"/> 聯繫困難 <input type="checkbox"/> 特殊事由：_____		意願人簽名		第一順位受任人簽名		第二順位受任人簽名	
<p>★ 二親等內之親屬至少一人及醫療委任代理人應參與前項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(第九條)。</p> <p>★ 除配偶外之二親等血親及姻親包含：子女 父母 手足 孫子女/外孫子女 祖父母/外祖父母</p>							
參、參與諮商之配偶、二親等內之親屬或其他關係人簽名							
關係：	關係：	關係：	關係：				
關係：	關係：	關係：	關係：				

○○醫院預立醫療照護諮商紀錄(第二頁)

肆、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、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 預做生命安排 媒體報導宣傳
(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「預立醫療決定書」)：

- (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 可在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 可在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 可在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)配偶或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了解意願人想法 是 否 未參與 其他_____
- (4)其他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	LST: 1 2 3 4	LST: 1 2 3 4	LST: 1 2 3 4	LST: 1 2 3 4
ANH: 1 2 3 4	ANH: 1 2 3 4	ANH: 1 2 3 4	ANH: 1 2 3 4	ANH: 1 2 3 4

五、其他補充說明：

預立醫療決定書：

- 現場填寫完成，經檢核後收件並代為掃描上傳，正本讓意願人攜回。
- 意願人攜回正本，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

--	--	--	--

- ★ 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作成紀錄，並經意願人及參與者簽名；其紀錄應併同病歷保存。
- ★ 諮商機構於完成諮商後，應於決定書上核章交予意願人。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。