

預立醫療照護諮商前準備(Pre-ACP)紀錄表

意願人主動洽服務窗口 院內單位轉介_____ 其他_____

一、意願人資料			
姓名：	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡： 歲 曾於本院就診? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
身分證字號(若願提供)：		連絡電話：	
<p>1. <input type="checkbox"/> 確認意願人為具完全行為能力者；領有全民健康保險憑證；</p> <p> 1.1 意願人為：<input type="checkbox"/> 年滿 20 歲以上成年人 <input type="checkbox"/> 未滿 20 歲已結婚者</p> <p>2. <input type="checkbox"/> 確認意願人出於自願參與預立醫療照護諮商。</p> <p> 2.1 意願人動機(可複選)</p> <p> <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 自身罹病不想拖累家人 <input type="checkbox"/> 家人罹病有感 <input type="checkbox"/> 預做生命安排</p> <p> <input type="checkbox"/> 其他_____</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 確認意願人是否對病人自主權利法已有初步之正確認知</p> <p> 3.1 <input type="checkbox"/> 媒體報導宣傳 <input type="checkbox"/> 參與相關宣導活動 <input type="checkbox"/> 親友口耳相傳 <input type="checkbox"/> 其他_____</p>			
二、告知意願人應(得)參與諮商之人員			
親屬	<p>1. <input type="checkbox"/> 確認告知意願人二親等內之親屬至少一人應(得)參與預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦得參與。</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">※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、公婆/岳父母、女婿/媳婦、弟媳/兄嫂、姐夫/妹夫、妯娌/連襟。</p> <p>2. 二親等內之親屬出席諮商? <input type="checkbox"/> 有(續填 4、5) <input type="checkbox"/> 無(續填 3、5) <input type="checkbox"/> 尚未確定</p> <p>3. 無二親等內親屬出席諮商原因：<input type="checkbox"/> 無親屬 <input type="checkbox"/> 親屬無法配合 <input type="checkbox"/> 親屬不願出席</p> <p> <input type="checkbox"/> 失聯 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 其他特殊事由_____</p> <p>4. 預計出席二親等內親屬：<input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 孫子女/外孫子女 <input type="checkbox"/> 祖父母/外祖父母 <input type="checkbox"/> 公婆/岳父母 <input type="checkbox"/> 女婿/媳婦 <input type="checkbox"/> 弟媳/兄嫂 <input type="checkbox"/> 姐夫/妹夫 <input type="checkbox"/> 妯娌/連襟，共_____人。</p> <p>5. 另預計出席之其他親友：共_____人。 <input type="checkbox"/> 尚無法確定</p>		
醫療委任代理人	<p>1. <input type="checkbox"/> 確認告知意願人醫療委任代理人之角色功能。</p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">※醫療委任代理人：指於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達意願之人。</p> <p>2. 意願人是否將指定醫療委任代理人？</p> <p> <input type="checkbox"/> 是(續填 2.1、2.2) <input type="checkbox"/> 否(跳填三、告知諮商費用之相關資訊) <input type="checkbox"/> 尚未確定</p> <p> 2.1 確認醫療委任代理人符合以下資格：</p> <p> <input type="checkbox"/> 20 歲以上具完全行為能力者</p> <p> <input type="checkbox"/> 非意願人之受遺贈人(意願人之繼承人除外)</p> <p> <input type="checkbox"/> 非意願人遺體或器官指定之受贈人(意願人之繼承人除外)。</p>		

- 非其他因意願人死亡而獲得利益之人(意願人之繼承人除外)。
2.2 若有醫療委任代理人，確認告知**應參與**預立醫療照護諮商。

三、告知諮商費用之相關資訊

1. 確認告知意願人諮商費用之相關資訊。
2. 意願人對於收費反映?願意接受 嫌太貴而遲疑 嫌太貴而拒絕
3. 意願人是否符合補助資格?是 (何款補助方案) 否
4. 意願人是否因下列因素而有溝通困難，而需相關協助?
無 語言 文化因素 聽覺 語言功能 其他障礙，所需協助?_____

四、提供相關法令、文件、資訊供參

1. 確認已提供以下相關法令文件資料給意願人參考：
預立醫療決定書(含醫療委任代理人委任書) 相關文宣品、資料
相關資訊網站連結網址 其他協助意願人作成預立醫療決定之相關資料
提供方式：郵寄 Email 地址/信箱：_____

五、預立醫療照護諮商時間、地點、人員安排確認

(一) 預計諮商時間、地點

諮商日期： 年 月 日 預計諮商時間： 時 分至 時 分

諮商地點：_____ 已租借

(二) 諮商會議出席人員通知

1. 確認已通知意願人、二親等內之親屬與醫療委任代理人，諮商會議之時間、地點。
2. 確認已安排醫療照護諮商團隊出席成員。預計出席成員名單：
醫師：_____ 已通知 護理人員：_____ 已通知
心理師或社會工作人員：_____ 已通知

六、預立醫療照護諮商相關文件資料準備

1. 確認已備妥以下相關文件資料，以利諮商會議時簽署、紀錄、使用：
預立醫療決定書(含醫療委任代理人委任書) 預立醫療照護諮商檢核表(紀錄表)
其他協助諮商會議進行之文件資料、電腦等_____

其他備註：_____

後續：已成功預定時間 未約定時間(須追蹤) 不執行 原因：_____

經辦人簽章：_____

日期： 年 月 日