

醫院名稱(請醫院自行填寫)

預立醫療照護諮商檢核表

預立醫療照護諮商 檢核記錄欄位：此份預立醫療照護諮商檢核表為確保預立醫療照護諮商團隊成員，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，並經意願人及參與者簽名，併同病歷保存，茲作為有效之預立醫療照護諮商紀錄，俾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：(若無病歷則填寫身分證字號) | 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。
※不應預設參與者心智有問題，請參考英國 2005 年心智能力法(Mental Capacity Act)五大原則：
(一)能力推定原則:要「假設」個人有能力為自己做決定，除非已被證明不可為之。
(二)最大協助原則:無論在何種情境下，皆須設法「協助」當事人為自己做決定。
(三)避免偏見原則:不能因為當事人做出不明智的決定，就認為當事人沒有能力為自己做決定。
(四)最佳利益原則:若他人要替當事人做決定，必須要考量當事人的最大利益。
(五)最少限制原則:對於失去決策能力的個人，在治療或照顧上必須盡可能減少其權利與自由的限制。
- 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：
指定之醫療委任代理人亦須共同參與預立醫療照護諮商，方能完成有效之預立醫療照護諮商。
- 二、**資格說明：**告知醫療委任代理人應為 20 歲以上具完全行為能力，並須完成醫療委任代理書。
除意願人之繼承人外，以下之人不得為醫療委任代理人：
(一)、意願人之受遺贈人。
(二)、意願人遺體或器官指定之受贈人
(三)、其他因意願人死亡而獲得利益之人。
若有經書面指定醫療委任代理人者，請在下欄填寫基本資料：

| 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 瞭解確認 |
| <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。</p> <p><input type="checkbox"/>（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><input type="checkbox"/>（二）意願人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。</p> <p><input type="checkbox"/>（三）若病人為限制行為能力人、受輔助宣告，或意思表示能力顯有不足者，除病人同意手術或中央主管機關規定之侵入性檢查或治療外，亦應經關係人同意。（病主法施行細則第五條）。</p> <p><input type="checkbox"/>（四）若病人為無行為能力、意識昏迷或無法清楚表達意願者，應經關係人同意手術或中央主管機關規定之侵入性檢查或治療。（病主法施行細則第五條）。</p> <p>※關係人：關係人指病人之法定代理人、配偶、親屬、醫療委任代理人或與病人有特別密切關係之人（病主法第四條）。</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><input type="checkbox"/>（一）意願人簽署有預立醫療決定書者，得於第十四條第一項之五款臨床條件之一生效時，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> <p><input type="checkbox"/>（二）病主法第十四條第一項規定之五款臨床條件如下：</p> <p><input type="checkbox"/>末期病人。</p> <p><input type="checkbox"/>處於不可逆轉之昏迷狀況。</p> <p><input type="checkbox"/>永久植物人狀態。</p> <p><input type="checkbox"/>極重度失智。</p> <p><input type="checkbox"/>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>※原則上五款臨床條件均應說明，其判定準則請參考病主法施行細則第十條至第十三條。另可視意願人疾病狀況、意願特別說明其中一款。</p> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <p>三、說明預立醫療決定書之格式。</p> <p><input type="checkbox"/>（一）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」兩個部分。</p> <p><input type="checkbox"/>（二）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>※四種選項內容均應詳細解釋：有關限時嘗試選項部分，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，得於該期間內由本人或醫療委任代理人表達停止的意願；第二至四款臨床條件則得由醫療委任代理人代為表達停止的意願。</p> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <p>四、說明預立醫療決定書之法定程序。</p> <p><input type="checkbox"/>（一）完成預立醫療照護諮商，並經醫療機構核章證明。（病主法第九條第一項第一款）</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）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，並由中央主管機關註記於全民健康保險憑證。（病主法第十二條第二項與第一項）</p> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <p>五、說明預立醫療決定書之變更或撤回程序。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 非臨床醫療過程，變更或撤回預立醫療決定書應以書面為之，並依施行細則第六條向醫療機構提出申請，醫療機構應掃描其電子檔存記於中央主管機關資料庫，並由中央主管機關更新註記，方完成變更或撤回程序。</p> <p><input type="checkbox"/> (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. 臨床書面明示之意思表示，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. 臨床書面明示之意思表示，係選擇不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接受：須完成 (一) 之變更程序。 <p>※若預立醫療決定書表示選擇接受，然臨床書面明示之意思表示不接受維持生命治療，在未完成變更程序前，醫師應依原有預立醫療決定書施行維持生命治療，變更完成後，醫師得依變更後的預立醫療決定書為之。(施行細則第八條)</p> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <p>六、說明醫療委任代理人之權限與相關機制。</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。醫療委任代理人不為本法第十條第三項第三款代理意願人表達醫療意願，或經醫療機構確認無法聯繫時，意願人之預立醫療決定，不予執行。(施行細則第七條第一項)</p> <p><input type="checkbox"/> (四) 單獨代理、當然解任、雙向解任等事項。</p> <p><input type="checkbox"/> (五) 意願人委任醫療委任代理人二人以上者，得就本法第十條第三項第三款預立醫療決定所定權限，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。後順位者已為意思表示後，先順位者不得提出不同意思表示。(施行細則第七條第二項)</p> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <p>七、說明預定醫療決定書之執程序。</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 臨床條件確診與確認之程序：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照會確認後執行。(病主法第十四條第二項)</p> <p><input type="checkbox"/> (二) 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書終止、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 (病主法第十四條第一項)。</p> <p><input type="checkbox"/> (三) 醫療機構或醫師對於第十四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書前，應向有意识能力之意願人確認該決定之內容及範圍。(病主法第十五條)</p> <p><input type="checkbox"/> (四) 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)。</p> <p><input type="checkbox"/> (五) 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書時，得不施行之，並應告知病人或關係人 (病主法第十四條第四項)，此外，亦應建議轉診並提供協助 (施行細則第十六條)。</p> <p><input type="checkbox"/> (六) 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)。</p> | <input type="checkbox"/> |

肆、預立醫療照護諮商團隊 出席簽章

一、醫師簽章：_____

二、護理人員簽章：_____

三、社會工作人員或心理師簽章：_____

四、其他與會人員簽章：_____

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

※意願人無二親等內親屬，或二親等內親屬因死亡、失蹤或具特殊事由無法參與預立醫療照護諮商時，應由意願人以書面提出無法參與之事由或檢具相關證明。(提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法第八條)

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)

醫院名稱(請醫院自行填寫)
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。

| | | | |
|----------------------------|----------------------------|---|--------------------------|
| 意願人姓名： | | 申請上傳日期： 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/護照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(即「空白授權」)，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"/> |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | 八、意願人是否成年或已婚 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 | 以上各點說明內容若皆勾選「有」者，則醫療機構可上傳預立醫療決定書存記至中央主管機關資料庫，並由中央主管機關於全民健康保險憑證註記。 | <input type="checkbox"/> |

醫療機構檢核人員簽章： _____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日