

病人自主權利法介紹

宜蘭縣政府衛生局

本法目的



尊重
病人自主

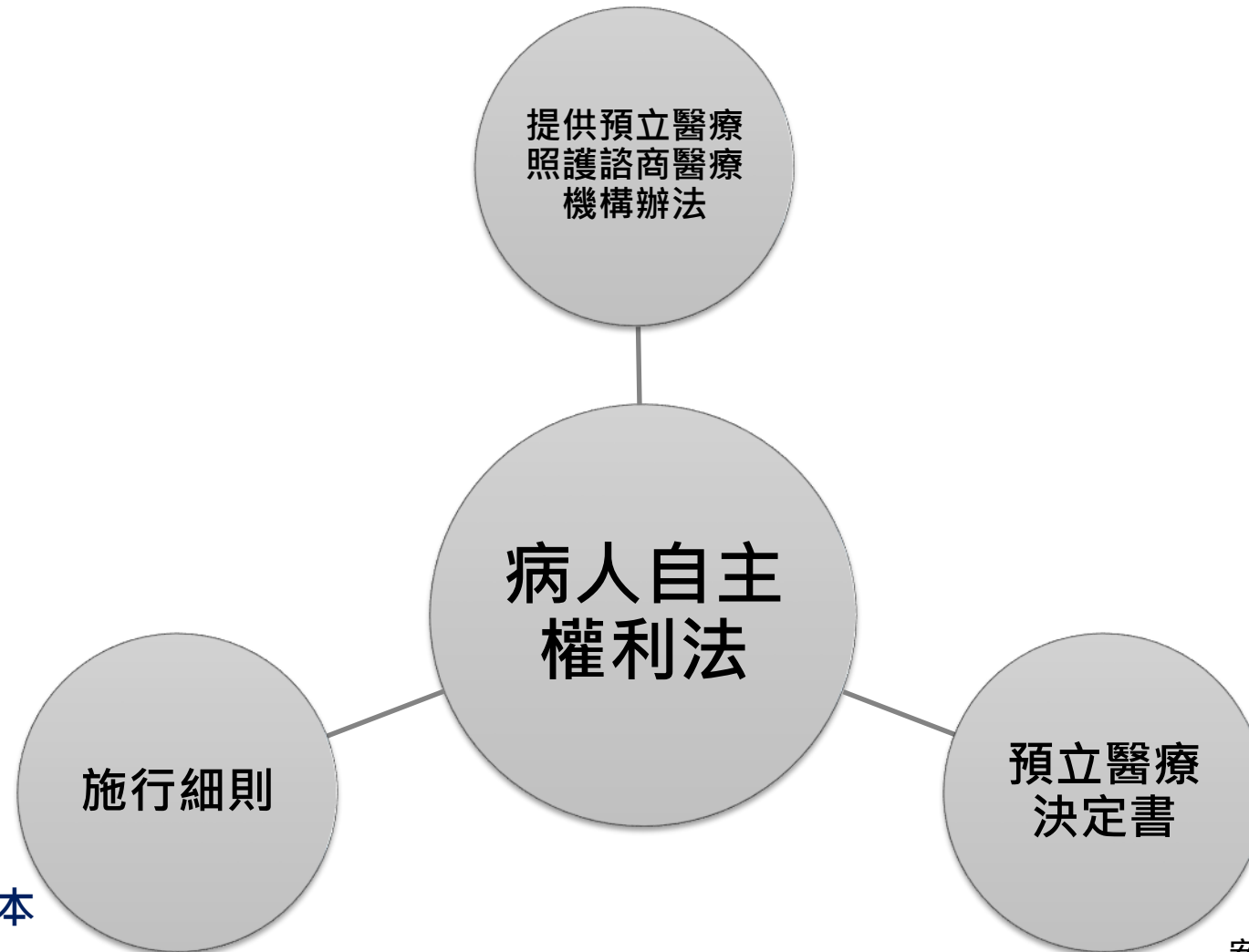


保障
善終權益



促進
醫病和諧

病人自主權利法的兩部子法及預立醫療決定書



病人自主權利法重點



● 第四條

病人對於病情、醫療選項及各選項之可能成效與風險預後，有知情之權利。對於醫師提供之醫療選項有選擇與決定之權利。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（以下統稱關係人），不得妨礙醫療機構或醫師依病人就醫療選項決定之作為。

病人自主權利法重點



- 第三條

預立醫療決定：指事先立下之書面意思表示，指明處於特定臨床條件時，希望接受或拒絕之維持生命治療、人工營養及流體餵養或其他與醫療照護、善終等相關意願之決定。

- 第八條

具完全行為能力之人，得為預立醫療決定，並得隨時以書面撤回或變更之。

預立醫療決定

意願人：

預立醫療決定書

本人_____ (正楷簽名) 經「預立醫療照護諮商」，已經清楚瞭解「病人自主權利法」，賦予病人在特定臨床條件下，接受或拒絕維持生命治療，或人工營養及流體餵養的權利。本人作成預立醫療決定(如第一部分、第二部分及附件)，事先表達個人所期待的臨終醫療照護模式，同時希望親友尊重我的自主選擇。

意願人

姓名：_____ 簽署：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

住址：_____

電話：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

見證或公證證明

我選擇以下列方式完成預立醫療決定之法定程序 (請擇一進行)：

1、二名見證人在場見證：

見證人 1 簽署：_____ 關係：_____

連絡電話：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

見證人 2 簽署：_____ 關係：_____

連絡電話：_____

國民身分證統一編號/居留證或護照號碼：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日

2、公證：

公證人認證欄位：

日期：中華民國_____年_____月_____日

說明：

- 一、見證人必須具有完全行為能力，且親自到場見證您是出於自願、並無遭受外力脅迫等情況下簽署預立醫療決定 (病人自主權利法第九條第一項第二款)。
- 二、見證人不得為意願人所指定之醫療委任代理人、主責照護醫療團隊成員、以及繼承人以外的受遺贈人、遺體或器官指定之受贈人、其他因意願人死亡而獲得利益之人 (病人自主權利法第九條第四項)。
- 三、根據公證法第二條之規定，公證人因當事人或其他關係人之請求，就法律行為及其他關於私權之事實，有作成公證書或對於私文書予以認證之權限。公證人對於下列文書，亦得因當事人或其他關係人之請求予以認證：一、涉及私權事實之公文書原本或正本，經表明係持往境外使用者。二、公、私文書之繕本或影本。



意願人：

第一部分 醫療照護選項



臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
一、末期病人	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
二、不可逆轉之昏迷	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。



三、永久植物人狀態	維持生命治療	<p>1、<input type="checkbox"/>我不希望接受維持生命治療。</p> <p>2、<input type="checkbox"/>我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但<u>醫療委任代理人</u>得於該期間內，隨時表達停止的意願。</p> <p>3、<input type="checkbox"/>請由我的醫療委任代理人代為決定。</p> <p>4、<input type="checkbox"/>我希望接受維持生命治療。</p>
	人工營養及流體餵養	<p>1、<input type="checkbox"/>我不希望接受人工營養及流體餵養。</p> <p>2、<input type="checkbox"/>我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但<u>醫療委任代理人</u>得於該期間內，隨時表達停止的意願。</p> <p>3、<input type="checkbox"/>請由我的醫療委任代理人代為決定。</p> <p>4、<input type="checkbox"/>我希望接受人工營養及流體餵養。</p>

意願人：



臨床條件	醫療照護方式	我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
四、極重度失智	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 請由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。
五、其他經中央主管機關公告之疾病或情形	維持生命治療	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受維持生命治療。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受維持生命治療的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受維持生命治療。
	人工營養及流體餵養	1、 <input type="checkbox"/> 我不希望接受人工營養及流體餵養。 2、 <input type="checkbox"/> 我希望在(一段時間)_____內，接受人工營養及流體餵養的嘗試，之後請停止；但本人或醫療委任代理人得於該期間內，隨時表達停止的意願。 3、 <input type="checkbox"/> 如果我已經意識昏迷或無法清楚表達意願，由我的醫療委任代理人代為決定。 4、 <input type="checkbox"/> 我希望接受人工營養及流體餵養。

意願人：

第二部分 提供預立醫療照護諮商之醫療機構核章證明

根據病人自主權利法，意願人_____於中華
民國_____年_____月_____日完成預立醫療照護諮商，特此核章
以茲證明。



醫療機構核章欄位：

完成諮商門診後
，確認病人心智
功能正常，醫院
核章

病人自主權利法重點



簽署預立醫療決定的 法定義務

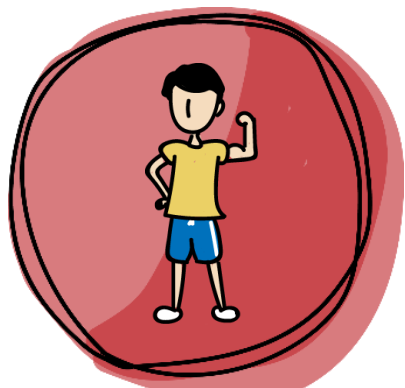
● 第九條

預意願人為預立醫療決定，應符合下列規定：

- 一、經醫療機構提供預立醫療照護諮商，並經其於預立醫療決定上核章證明。
- 二、經公證人公證或有具完全行為能力者二人以上在場見證。
- 三、經註記於全民健康保險憑證。

病人自主權利法SOP

醫療單位 當事人 醫療委任代理人或家屬



具完全行為
能力者



共融決策

預立醫療照護
諮商(ACP)



簽署醫療
決定(AD)

臨床條件



末期病人



不可逆轉昏迷



永久植物人



極重度失智



其他公告重症

具心智/
意識能力者

特定臨床條件

接受/拒絕
何種治療

核章

見證人/公證

註記

誰必須參與預立醫療照護諮商？



意願人



二親等親屬
至少1人



醫療委任
代理人(若有
)



醫療團隊

醫療委任代理人



意願人如果有指定之醫療委任代理人，應以二十歲以上具完全行為能力之人為限，並經其書面同意。

誰不能當醫療委任代理人？(繼承人除外)

1. 意願人之受遺贈人
2. 意願人遺體或器官指定之受贈人
3. 其他因意願人死亡而獲得利益之人

醫療委任代理人的任務？



- 一、聽取病情告知。
- 二、簽具手術或治療之同意書。
- 三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

預立醫療照護諮商與預立醫療決定流程示意圖

Step1：資訊提供

醫療機構提供預立醫療照護諮商前，得提供與病人自主權利相關之文件或訊息，供意願人事先閱覽與思考，並應提供下列資訊：

- 一、應參與及得參與預立醫療照護諮商之成員。
- 二、意願人得指定醫療委任代理人。若有指定，應備妥雙方合意之委任書，且該醫療委任代理人應依本法第九條第二項參與預立醫療照護諮商。

收案方式:1.預立醫療照護諮商門診

Step2：預立醫療照護諮商

預立醫療照護諮商應促進意願人及參與者有關醫療自主與善終議題之溝通。團隊成員應向參與者說明以下內容：

- 一、意願人依本法擁有知情、選擇與決定權。
- 二、終止、撤除或不施行維持生命治療或人工營養及流體餵養所應符合之特定臨床條件。
- 三、決定書之格式及其法定程序。
- 四、決定書之變更或撤回程序。

預立醫療照護諮商團隊應至少包含以下人員：
(執行參與不在此限，以完成知情內容為目標)

- 1.醫師，護理師一名，社工人員或心理師一名
- 2.應參與:意願人，二等親家屬至少一人，HCA(若有)
得參與:意願人同意之人

Step3：預立醫療照護諮商檢核表

機構應將諮商過程作成紀錄，並經意願人及參與者簽名；其紀錄應併同病歷保存。

機構於完成諮商後，應於決定書上核章交給意願人。

Step4：意願人完成簽署預立醫療決定書

- 1.可回家簽署
- 2.可現場簽署
- 3.需完成見證或公證

負責人:意願人

Step5：預立醫療決定書完成後至醫療機構，掃描上傳

- 1.核對預立醫療照護諮商檢核表的完成
- 2.核對是否完成見證或公證
- 3.核對醫療委任代理人是否參與ACP

負責人員：醫療機構人員

Step6：註記

中央主管機關註記至健保卡

醫療機構?

完成預立醫療決定

預立醫療決定書

完全行為能力人經預立醫療照護諮商才能簽立
註記健保卡上完成才生效
家屬無法簽立
醫療委任代理人可受指定表達意願（空白授權）
主體為符合五大臨床條件的病人
內容為「維持生命治療」與「人工營養與流體餵養」

DNR意願書 DNR同意書

可隨時簽立，未成年人得法定代理人同意也可簽
簽立後即生效
病人為簽立意願書，家屬可簽立同意書，醫師也可出具醫囑
醫療委任代理人可簽署意願書
主體為末期病人
內容為「心肺復甦術」與「維生醫療」



為什麼

《病人自主權利法》不是安樂死？

類 型	說 明	施行國家
✘ 安樂死	由 他人 為病患施以足以致命之藥劑。 = 加工縮短生命！	荷蘭、比利時、盧森堡、哥倫比亞、加拿大
✘ 協助自殺	由醫師開立處方、準備並提供藥劑，由 病人自己服用 。	瑞士、加拿大、荷蘭、盧森堡、德國、美國（奧瑞岡州、華盛頓州、蒙大拿州、佛蒙特州、加州、科羅拉多州）
○ 拒絕醫療權	醫師尊重病人意願，不強加醫療措施延長生命，讓生命回歸自然善終。 = 不加工延長生命 ！	歐美各國普遍承認的普世人權

宜蘭縣指定開設預立醫療照護諮商門診醫院

宜蘭縣醫院開設預立醫療照護諮商門診資訊

醫院名稱	預計開設時間(依醫院實際運作調整)	門診時間(皆採預約制)	民眾諮詢及預約專線
醫療財團法人羅許基金會羅東博愛醫院	108年1月21日起	周三、周五上午	03-9543131#7145、1083
天主教靈醫會醫療財團法人羅東聖母醫院	108年2月12日起	周二(早上、下午)、周三(下午)、周四(下午)	03-95440106#6135
國立陽明大學附設醫院	108年2月14日起	每周四下午	03-9325192#12385、73102

病人自主權利法相關資訊

- ◎ 《病人自主權利法》
資訊/資源專區
- ◎ 如果有一天我們說再見
- ◎ 閱·讀安寧
- ◎ 安寧講堂
- ◎ 看時事·話安寧
- ◎ 安寧會客室
- ◎ 安寧隨筆
- ◎ 我要投稿

《病人自主權利法》資訊/資源專區

《病人自主權利法》資訊/資源專區

財團法人(台灣)安寧照顧基金會
中華民國 Hospice Foundation of Taiwan

病人自主權利法 資訊/資源專區

- ✓ 病人自主權利法 本法
- ✓ 病人自主權利法 施行細則
- ✓ 提供預立醫療照護諮商之醫療機構管理辦法
- ✓ 病人自主權利法 宣導影片
- ✓ 預立醫療決定書 下載
- ✓ 預立醫療決定書 線上試填
- ✓ 預立醫療照護諮商 收案暨登錄檢核表 下載
- ✓ 病人自主權利法 最新資訊

※ 法條內容

病人自主權利法—本法內容

病人自主權利法—施行細則

提供預立醫療照護諮商之機構管理辦法

預立醫療決定書(含表單下載)

※ Pre-ACP相關資訊/資源

預立醫療照護諮商前準備(Pre-ACP)紀錄表 (含表單下載)

線上報名專區

- 登入學員
- 加入學員
- 忘記密碼



您也可以點選這裡觀看之前會訊....(more)



本會補助醫療費用、
住院及居家看護費用

善終是權利；更是義務!!



我的善終；由我做主!!