108年度預約人生圓滿終點站-談預立醫療自主

彰化基督教醫院安寧緩和療護科

主 講:許正眉 個案管理師

添 病人自主權利法

108年 01月 06日 開始施行

病人自主權利法由患有罕見疾病的前立法委員楊玉欣女士, 起草推動此法並於 105 年於立法院三讀通過。





病人自主權利法 兩大重點

□核心精神



知情

選擇

決定

②預立醫療決定書



一份保障您未來在 5款臨床條件下, 可以善終的文件。

●核心精神



知情

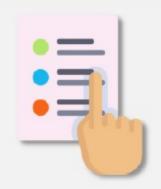


病情、用藥需要告知病 人本人,病人沒反對時, 才可以告知親友。



病人因年齡、認知能力等有 溝通困難時,必須用適當方 式告知本人及關係人。

●核心精神



選擇與決定



病人對於醫師提供的醫 療選項有選擇與決定的 權利,其他人不能妨礙 喔!



病人接受手術或檢查前, 一定要經病人或關係人同 意簽同意書,但情況緊急 者不在此限!

❷預立醫療決定書



這是一份事先簽署,自主選擇,保障您未來在五款臨床條件下,可以善終的文件。

款臨床條件包含:



末期病人



不可逆轉之昏迷



永久植物人狀態



極重度失智



其他經主管機關 公告之疾病



維持生命治療



心肺復甦術



機械式維生系統



血液製品



特定疾病而設之專門治療



重度感染時所給予抗生素

人工營養及流體餵養



鼻胃管



靜脈注射(點滴)



胃造口



如何簽署「預立醫療決定書」?









諮商前準備 (Pre參加 (ACP) 預立醫療照護諮商 填寫 (AD) 預立醫療決定書

ACP)



1.心願探詢

思考您在五款臨床條件時的醫療照護想法

2. 邀請

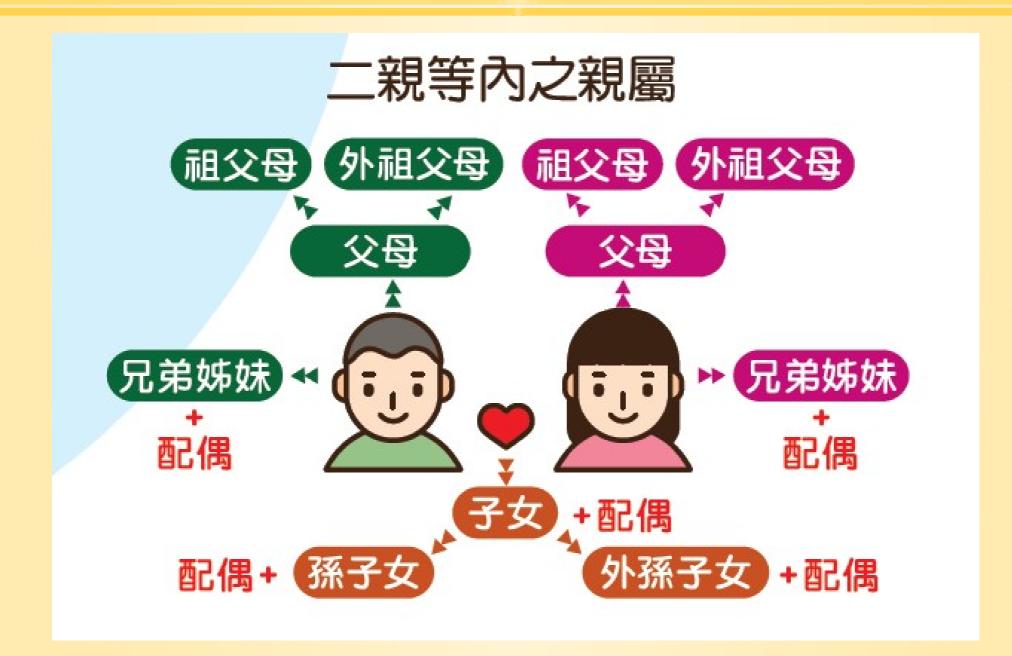
思考是否需要醫療委任代理人, 並邀請自己的二親等家屬、醫療委任代理人參與

3.預約

請至醫院預約預立醫療照護諮商門診

彰基安寧緩和療護科網站 - 預立醫療照護諮商專區





步驟2:進行預立醫療照護諮商



在諮商團隊引導下,與家人在諮商中,溝通意願與想法,讓家人認同您的決定,是確保預立醫療決定書執行的重要關鍵。



- 年滿20以上,或 未滿20歲已婚
- 意識清楚無明顯心智缺陷



二親等家屬

配偶

旁系血親,如:兄妹

直系血親,如:父母



醫療團隊

醫師 護理師

社工或心理師

何謂「維持生命治療」?

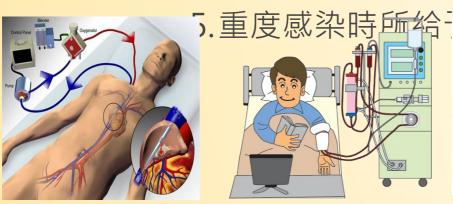


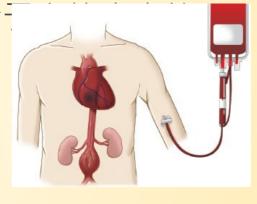
根據病人自主權利法第三條第一項,定義為:

"任何有可能延長病人生命之必要醫療措施

"

- 1.心肺復甦術(例:電擊、壓胸)
- 2.機械式維生系統(例:葉克膜)
- 3.血液製品 (例:輸血)
- 4. 為特定疾病而設之專門治療







何謂人工營養及流體餵養」?



- 根據病人自主權利法第三條第二項,定義為:
 - "透過導管或其他侵入性措施餵養食物與水分"
- 舉例:
- 1. 鼻胃管
- 2. 靜脈注射
- 3. 胃造廔



(諮商中,醫師會用圖片針對醫療選項進行圖解說明)







步驟3:簽署預立醫療決定書

1. 填寫必填欄位



2. 公證人或見證人見證



3.拿去醫院上傳



4. 註記在健保卡





簡單4步驟,確保善終心願落實!



預立醫療決定書

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	未條件下	,接受或拒絕約	推持生命治療,或
人工營養及流體餵養的棉	崔利。本人作成預	立醫療決	定(如第一部分	分、第二部分及附
件),事先表達個人所期行	寺的臨終醫療照護	模式,同	時希望親友尊	重我的自主選擇。
意願人 姓名: 國民身分證統一編號/	簽署 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

見證人1	簽署:	關係:		
	連絡電話:	WE 71/4 W		
	國民身分證統一編	號/居留證或護照號碼:	<u> </u>	
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:	1 2	
		日期:中華民國	年	月

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)。

日期:中華民國 年 月 日

- 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、以及繼承人之外的受遺贈人、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。

第一部分 醫療照護選項

יום קד	可力					
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	維持生命治療	 1、□我不希望接受維持生命治療。 2、□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、□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、□我希望接受維持生命治療。 				
末期病人	人工營養 及 流體餵養	 □我不希望接受人工營養及流體餵養。 □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。 □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。 □我希望接受人工營養及流體餵養。 				

二、不可逆	維持生命治療	 □我不希望接受維持生命治療。 □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。 □請由我的醫療委任代理人代為決定。 □我希望接受維持生命治療。
不可逆轉之昏迷	人工營養 及 流體餵養	 □我不希望接受人工營養及流體餵養。 □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。 □請由我的醫療委任代理人代為決定。 □我希望接受人工營養及流體餵養。
三、永久植物	維持生命治療	 □我不希望接受維持生命治療。 □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。 □請由我的醫療委任代理人代為決定。 □我希望接受維持生命治療。
植物人狀態	人工營養 及 流體餵養	 □我不希望接受人工營養及流體餵養。 □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。 □請由我的醫療委任代理人代為決定。 □我希望接受人工營養及流體餵養。

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,	維持生命治療	 □我不希望接受維持生命治療。 □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。 □請由我的醫療委任代理人代為決定。 □我希望接受維持生命治療。
極重度失智	人工營養 及 流體餵養	 □我不希望接受人工營養及流體餵養。 □我希望在(一段時間) 內,接受人工營養及流體 假養的嘗試,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。 □請由我的醫療委任代理人代為決定。 □我希望接受人工營養及流體餵養。
五、其他經中央主管	維持生命治療	 □我不希望接受維持生命治療。 □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。 □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。 □我希望接受維持生命治療。
、其他經中央主管機關公告之疾病或情形	人工營養 及 流體餵養	 □我不希望接受人工營養及流體餵養。 □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。 □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。 □我希望接受人工營養及流體餵養。

第二部分 提供預立醫療照護諮商之醫療機構核章證明

根據非	写人自主相	[利法,意愿	0人		於中華
		月	日完成預立	醫療照護諮商	, 特此核章
茲證明	0				
60 ·	e 125 148 15. d	6 law s			
髓剂	奏機構核章	[欄位:			

中華民國____年___月___日

有指定 HCA 者, 需上傳委任書附件

件、醫療委任代理人委任	工章(竺右长空)	意願人:	
人(正楷簽名)			(擔任我的
順位醫療委任代理			and the contract of the contract
【受委任之人】正楷簽之簽署日期:中華民國_	名:		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
		目	
國民身分證統一編號/居	留證或護照號碼:		
出生年月日:中華民國_	年 月	B	
電話號碼:			
			l
住(居) 所:			l
(本表若不數使用,請另行社	(印)		
病人自主權利法「醫療多		文:	
第十條 (醫療委任代理)			
願人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
可意。			
问之人,除意願人之繼承,		任代理人:	
一、意願人之受遺贈人			
二、意願人遺體或器官打			
三、其他因意願人死亡		the first of . At any day	A 20 50 4: 4 1 22
寮委任代理人於意願人意; , 其權限如下:	截曾还以無法消楚者	(建思願时,代理思	與人衣逐暫潔思
一、聽取第五條之告知			
二、簽具第六條之同意			
三、依病人預立醫療決力	The second second second second	達醫療意願。	
秦委任代理人有二人以上。	者,均得單獨代理意	願人。	
秦委任代理人處理委任事	務,應向醫療機構或	醫師出具身分證明	•
第十一條(醫療委任代3	聖人之終止委任及解	任)	
秦委任代理人得隨時以書前			
秦委任代理人有下列情事			
一、因疾病或意外,經		,認定心智能力受力	員。
二、受輔助宣告或監護(
、第十三條(意願人申請!		** ** ** ** * *	
願人有下列情形之一者,力	恩向中央王官機關甲	請更新註記:	

二、指定、終止委任或變更醫療委任代理人。

彰基推動『病人自主權利法』流程



Q & A









謝謝