

預立醫療照護諮商

◎什麼是預立醫療照護諮商(Advance Care Planning, ACP)?

「預立醫療照護諮商」是在自己意識清楚，可以表達的狀態下，至預立醫療照護諮商機構進行討論的過程。您可以依據自己對生命的想法，當您遇到末期病人、處於不可逆轉之昏迷狀況、永久植物人狀態、極重度失智、或主管機關公告之難以忍受之疾病的五種臨床狀況時，選擇自己期待的醫療照護方式。

◎何謂「預立醫療決定書」(Advance Decision, AD)?

預立醫療決定書是意願人(就是本人)經「預立醫療照護諮商」後，已經清楚瞭解「病人自主權利法」裡面規定，賦予您預先表達在符合了特定臨床條件的情況時，接受或拒絕維持生命治療，或人工營養及流體餵養的正式書面文件。

預立醫療決定書格式分為兩個部分和一份附件，

第一部分的本人以及見證人的簽署欄位

第二部分是醫療照護選項的表達

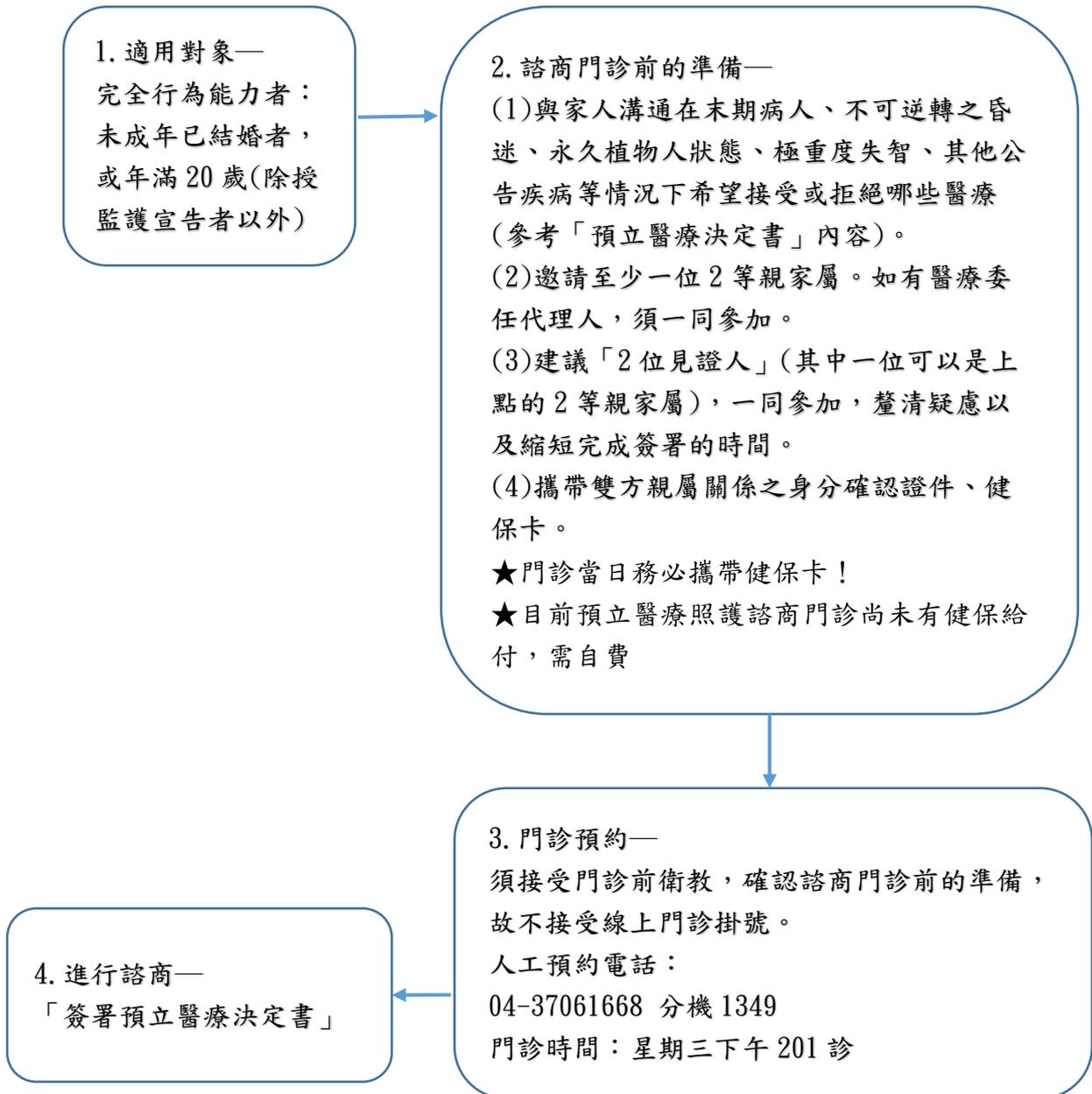
附件為醫療委任代理人的委任書，若您有想指定的醫療委任代理人再填寫就好囉，若無則免。

◎預立醫療決定書何時會啟動呢?

預立醫療決定書不是生效後，在您因意外或疾病昏迷時就會馬上啟動！！而是在疑似臨床特定條件之一發生時，經由兩位相關專科醫師確診，並經緩和團隊至少兩次照會，確認您符合五款臨床條件之一的時候，才會依醫療常規與親友、醫療委任代理人或關係人進行討論後執行。因此即便您簽署了預立醫療決定書，但在事情發生前，與這些身邊重要的人們有所討論，達成共識是很重要的，也才能一起促進家庭關係不會因此產生糾紛，更能達到醫病和諧，維護自身善終與自主的安排。

◎預立醫療照護諮商門診流程

為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，促進醫病關係和諧，而制定的「病人自主權利法」，已於 2019 年 1 月 6 日正式施行。「預立醫療照護諮商門診」是讓預立醫療決定生效的**必要條件之一**，由預立醫療團隊提供專業諮詢，讓民眾了解在特定的醫療情況下，做出符合自己意願的決定，並簽署「預立醫療決定書」。



★為提升諮商效率，請於預約諮商前詳讀或試填「預立醫療決定書」

相關說明請參考「安寧照顧基金會」病人自主權利法專區

<http://www.hospice.org.tw/2009/chinese/share.php?cate=7>

◎病人自主權利法-「預立醫療決定書」VS

安寧緩和醫療條例-「預立安寧緩和醫療暨維生醫療抉擇意願書」

三大不同	安寧緩和醫療條例	病人自主權利法
理論基礎	1. 保障末期病人的善終權益。 2. 病人簽具意願書，亦可由最近親屬簽具同意書為之（但實務上多由親屬為之）。	1. 保障每個人的人格尊嚴、自主與善終權利，僅心智能力健全者可自己做成決定。 2. 以病人為核心，保障其知情、選擇與決定權。 3. 搭配各種程序保障機制：預立醫療照護諮商、預立醫療決定、醫療委任代理人。
適用對象	只有末期病人。	1. 末期病人。 2. 不可逆轉昏迷。 3. 永久植物人。 4. 極重度失智。 5. 其他經主管機關公告的重症。
適用範圍	1. 心肺復甦術。 2. 只能延長瀕死過程的「維生醫療」。	1. 任何有可能延長病人生命之必要醫療措施：心肺復甦術、機械式維生系統、血液製品，為特定疾病而設之專門治療、重度感染時所給予之抗生素等。 2. 人工營養及流體餵養。

◎相關附件

「[預立醫療決定書](#)」

「[亞大附醫-預立醫療照護諮商收費表 1080822](#)」

「[病人自主權利法宣導短片-國語版](#)」（資料來源：安寧照顧基金會）

「[病人自主權利法宣導短片-台語版](#)」（資料來源：安寧照顧基金會）

「[預立醫療照護諮商教材-民眾版](#)」

病人自主權利法

108/1/6 幸福上路

二等親

二等親請參照民法規範，需至少一位一起參與「預立醫療照護諮商」。

也可指定

醫療委任代理人

當意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理人可表達我的醫療意願

預立醫療照護諮商

二等親至少一位、醫療委任代理人(若有指定)一起到醫院討論《病人自主權利法》賦予我什麼權利。

預立醫療決定

意識清楚時事先簽署，當五種臨床條件發生時，請大家尊重我的決定。

五種臨床條件

末期病人、不可逆轉昏迷、永久植物人、極重度失智、政府公告的重症疾病。

承接衛生福利部 107 年度推廣病人自主權利法照護模式試辦計畫委託 (台灣) 安寧照顧基金會 印製

衛生福利部補助
本案係醫療發展基金獎勵
經費來自於品福利健康捐 廣告

單位宣傳處

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。

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	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。

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：

中華民國_____年_____月_____日

意願人：

附件、醫療委任代理人委任書（若有指定，請選填）

本人（正楷簽名）_____茲委任_____（擔任我的第_____順位醫療委任代理人），執行病人自主權利法第十條第三項相關權限。

【受委任之人】正楷簽名：_____

簽署日期：中華民國_____年_____月_____日

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_____日

電話號碼：

住（居）所：

（本表若不敷使用，請另行複印）

● 病人自主權利法「醫療委任代理人」相關條文：

壹、第十條（醫療委任代理人之要件與權限）

意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，並經其書面同意。

下列之人，除意願人之繼承人外，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。

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：

- 一、聽取第五條之告知。
- 二、簽具第六條之同意書。
- 三、依病人預立醫療決定內容，代理病人表達醫療意願。

醫療委任代理人有二人以上者，均得單獨代理意願人。

醫療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。

貳、第十一條（醫療委任代理人之終止委任及解任）

醫療委任代理人得隨時以書面終止委任。

醫療委任代理人有下列情事之一者，當然解任：

- 一、因疾病或意外，經相關醫學或精神鑑定，認定心智能力受損。
- 二、受輔助宣告或監護宣告。

參、第十三條（意願人申請更新註記之情形）

意願人有下列情形之一者，應向中央主管機關申請更新註記：

- 一、撤回或變更預立醫療決定。
- 二、指定、終止委任或變更醫療委任代理人。