

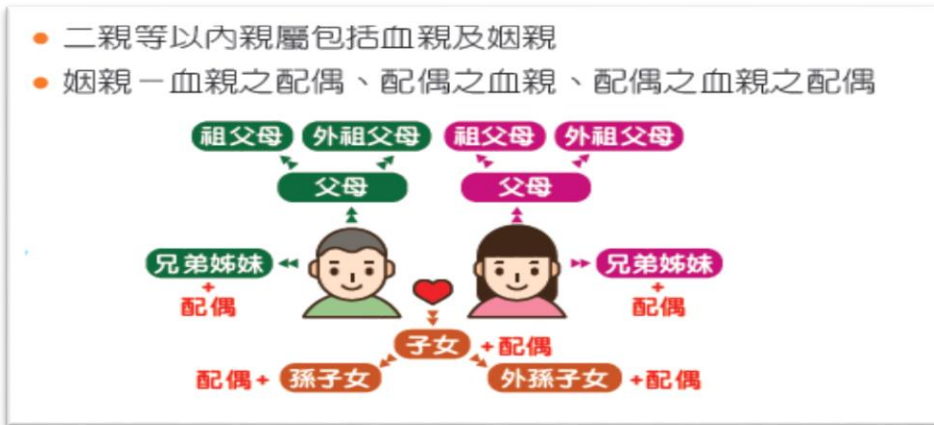
# 「預立醫療照護諮商門診」的重要提醒

## 確認意願人資格

進行諮商之意願人須為具完全行為能力之人，經裁定受監護宣告或意思表達顯有困難者不得為意願人。

## 確認參與二親等親屬

依據病人自主權利法的相關規定，諮商過程必須有至少一位**二親等以內親屬**參與(二親等如下所附圖)。



## 確認有無醫療委任代理人

於諮商完成當下，團隊會協助您完成決定書，但若您有可能選擇以下黑框內之 2 或 3 選項時，務必安排醫療委任代理人至諮商現場。

另外提醒您，醫療委任代理人須為成年且具行為能力之人，且不能為您之受遺贈人、遺體或器官指定受贈人、其他因您過世而獲利益之人，但繼承人不在此限。

意願人：

第一部分 醫療照護選項		我的醫療照護意願與決定 (以下選項，均為單選)
臨床條件	醫療照護方式	
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。

## 見證人或公證

決定書簽署時，須完成兩位見證人或是公證人之見證。若您諮商當下有設立醫療委任代理人，請注意，見證人和醫療委任代理人身分不可重疊。

## 諮商門診前自我檢核表

- 已與家人溝通在五種臨床疾病條件下(生命末期、不可逆轉的昏迷、永久植物人狀態、極重度失智，或其他經政府公告之重症)，希望接受或拒絕哪些醫療，包含維持生命治療(指心肺復甦術、機械式維生系統如葉克膜、輸血、重度感染時所給予之抗生素等任何有可能延長病人生命之必要醫療措施)及人工營養及流體餵養(指透過鼻胃管、胃造口或其他侵入性措施餵養食物及水分)，或是由家屬或看護手工餵食。
- 已邀請至少一位二親等內家屬，倘若有指定醫療委任代理人者，確認已邀請一同來參與諮商。
- 已事先看過「預立醫療決定書」格式，並思考及討論過內容。
- 諮商門診當天務必攜帶健保卡，因需健保卡於衛福部系統完成「預立醫療決定書」暫存及上傳作業。
- 如有個人需求請自備輔具(如老花眼鏡、助聽器)，若意願人無法簽名可攜帶個人私章。

## 加值服務

「附件、其他照護與善終選項」表單為自由填寫，本表可寫可不寫。若您有意願與「預立醫療決定書」一起上傳並註記在健保卡內，可自行先勾選及填寫，諮商門診當天會再向您及參與親友確認最後決定。