

病人自主權利法

預立醫療照護諮商 & 預立醫療決定 宣導單

準備 預立醫療照護諮商

- ✓ 具完全行為能力者
- ✓ 向醫療機構詢問並預約預立醫療照護諮商
- ✓ 邀請法定參與成員進行預立醫療照護諮商

意願人：年滿 20 歲以上之成年人，或未成年人已婚者。

醫療委任代理人：

指接受意願人書面委任，於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，**代理意願人**表達意願之人。

應以 20 歲以上具完成行為能力者為限，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：

- 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

特定臨床條件：



1. 末期病人



2. 處於不可逆轉之昏迷狀況



3. 永久植物人狀態



4. 極重度失智



5. 其他經政府公告之疾病

進行 預立醫療照護諮商

- ✓ 法定參與成員：
 - 1、 意願人本人
 - 2、 二親等內親屬(至少一人)
 - 3、 醫療委任代理人
- ✓ 商討特定臨床條件下，接受或拒絕維持生命治療或人工營養及流體餵養之選項

何謂「預立醫療照護諮商」

指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士之**溝通過程**

商討當病人處於**特定臨床條件、意識昏迷或無法清楚表達**意願時，對病人應提供之適當**照護方式**以及病人得接受或拒絕之**維持生命治療與人工營養及流體餵養**。



簽署 預立醫療決定

- ✓ 醫療機構核章
- ✓ 兩位見證人或公證人公證
- ✓ 註記於健保卡

何謂「預立醫療決定」

係事先立下之**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。

病人自主權利法 宣導單

編號：

受訪者簽名：_____ 連絡電話：_____ 日期：_____

宣導者簽名/職別/機構：_____