

# 高雄市立民生醫院

## 預立醫療照護諮商前準備(Pre-ACP)紀錄表

☐意願人主動洽服務窗口 ☐院內單位轉介\_\_\_\_\_ ☐其他\_\_\_\_\_

### 一、意願人資料

姓名：	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡： 歲	曾於本院就診? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
身分證字號(若願提供)：			連絡電話：	

- ☐確認意願人為具完全行為能力者；領有全民健康保險憑證；
  - 意願人為：☐年滿 18 歲以上成年人 ☐未滿 18 歲已結婚者
- ☐確認意願人出於自願參與預立醫療照護諮商。
  - 意願人動機(可複選)
   
☐單身 ☐自身罹病不想拖累家人 ☐家人罹病有感 ☐預做生命安排
   
☐其他\_\_\_\_\_
- ☐確認意願人是否對病人自主權利法已有初步之正確認知
  - ☐媒體報導宣傳 ☐參與相關宣導活動 ☐親友口耳相傳 ☐其他\_\_\_\_\_

### 二、告知意願人應(得)參與諮商之人員

親屬	<ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>確認告知意願人二親等內之親屬至少一人<b>應(得)參與</b>預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦<b>得參與</b>。            ※除配偶外之二親等血親及姻親包含：子女、父母、手足、孫子女/外孫子女、祖父母/外祖父母、公婆/岳父母、女婿/媳婦、弟媳/兄嫂、姐夫/妹夫、妯娌/連襟。         </li> <li>二親等內之親屬出席諮商? <input type="checkbox"/>有(續填 4.、5.) <input type="checkbox"/>無(續填 3.、5.) <input type="checkbox"/>尚未確定</li> <li>無二親等內親屬出席諮商原因：<input type="checkbox"/>無親屬 <input type="checkbox"/>親屬無法配合 <input type="checkbox"/>親屬不願出席 <input type="checkbox"/>失聯 <input type="checkbox"/>失蹤 <input type="checkbox"/>其他特殊事由_____</li> <li>預計出席二親等內親屬：<input type="checkbox"/>子女 <input type="checkbox"/>父母 <input type="checkbox"/>手足 <input type="checkbox"/>孫子女/外孫子女 <input type="checkbox"/>祖父母/外祖父母 <input type="checkbox"/>公婆/岳父母 <input type="checkbox"/>女婿/媳婦 <input type="checkbox"/>弟媳/兄嫂 <input type="checkbox"/>姐夫/妹夫 <input type="checkbox"/>妯娌/連襟，共_____人。</li> <li>另預計出席之其他親友：共_____人。<input type="checkbox"/>尚無法確定</li> </ol>
醫療委任代理人	<ol style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>確認告知意願人醫療委任代理人之角色功能。            ※醫療委任代理人：指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。         </li> <li>意願人是否將指定醫療委任代理人？            <input type="checkbox"/>是(續填 2.1、2.2) <input type="checkbox"/>否(跳填三、告知諮商費用之相關資訊) <input type="checkbox"/>尚未確定           <ol style="list-style-type: none"> <li>確認醫療委任代理人符合以下資格：                <input type="checkbox"/>20 歲以上具完全行為能力者                <input type="checkbox"/>非意願人之受遺贈人(意願人之繼承人除外)                <input type="checkbox"/>非意願人遺體或器官指定之受贈人(意願人之繼承人除外)。             </li> </ol> </li> </ol>

	<input type="checkbox"/> 非其他因意願人死亡而獲得利益之人(意願人之繼承人除外)。 2.2 <input type="checkbox"/> 若有醫療委任代理人，確認告知應參與預立醫療照護諮商。
<b>三、告知諮商費用之相關資訊</b>	
1. <input type="checkbox"/> 確認告知意願人諮商費用之相關資訊。 2. 意願人對於收費反映? <input type="checkbox"/> 願意接受 <input type="checkbox"/> 嫌太貴而遲疑 <input type="checkbox"/> 嫌太貴而拒絕 3. 意願人是否符合補助資格? <input type="checkbox"/> 是 (何款補助方案) <input type="checkbox"/> 否 4. 意願人是否因下列因素而有溝通困難，而需相關協助? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 文化因素 <input type="checkbox"/> 聽覺 <input type="checkbox"/> 語言功能 <input type="checkbox"/> 其他障礙，所需協助? _____	
<b>四、提供相關法令、文件、資訊供參</b>	
1. 確認已提供以下相關法令文件資料給意願人參考： <input type="checkbox"/> 預立醫療決定書(含醫療委任代理人委任書) <input type="checkbox"/> 相關文宣品、資料 <input type="checkbox"/> 相關資訊網站連結網址 <input type="checkbox"/> 其他協助意願人作成預立醫療決定之相關資料 提供方式： <input type="checkbox"/> 郵寄 <input type="checkbox"/> Email 地址/信箱：_____	
<b>五、預立醫療照護諮商時間、地點、人員安排確認</b>	
(一) 預計諮商時間、地點	
諮商日期：      年      月      日	預計諮商時間：      時      分至      時      分
諮商地點： _____ <input type="checkbox"/> 已租借	
(二) 諮商會議出席人員通知	
1. <input type="checkbox"/> 確認已通知意願人、二親等內之親屬與醫療委任代理人，諮商會議之時間、地點。	
2. <input type="checkbox"/> 確認已安排醫療照護諮商團隊出席成員。預計出席成員名單： 醫師： _____ <input type="checkbox"/> 已通知      護理人員： _____ <input type="checkbox"/> 已通知 心理師或社會工作人員： _____ <input type="checkbox"/> 已通知	
<b>六、預立醫療照護諮商相關文件資料準備</b>	
1. 確認已備妥以下相關文件資料，以利諮商會議時簽署、紀錄、使用： <input type="checkbox"/> 預立醫療決定書(含醫療委任代理人委任書) <input type="checkbox"/> 預立醫療照護諮商檢核表(紀錄表) <input type="checkbox"/> 其他協助諮商會議進行之文件資料、電腦等 _____	

其他備註： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

後續：☐ 已成功預定時間 ☐ 未約定時間(須追蹤) ☐ 不執行 原因： \_\_\_\_\_

經辦人簽章： \_\_\_\_\_

日期：      年      月      日