

## 附件

### 3-1 『末期腎衰竭病人治療模式選擇之充分告知機制』評量標準

1. 各透析院所有告知新發生之末期腎衰竭病人不同治療模式的義務，並於衛教後請病人填寫滿意度調查表。末期腎衰竭治療模式衛教內容須包含：透析通路和原理、透析場所、透析時間、透析執行者、透析可能產生的症狀、透析適應症及禁忌症、透析之飲食/血壓/貧血控制、腎臟移植的原理和主要執行院所、移植的優缺點、移植適應症及禁忌症、移植後抗排斥藥物簡介、其它(居家照護、社會福利等)。

2. 各透析院所於每季申報季報告時一同上傳下列資料：

院所本季新透析病人人數：                  人

院所完成末期腎衰竭治療模式衛教及滿意度調查之新病人人數：                  人

3. 末期腎衰竭治療模式衛教完成率之計算公式如下：

$$\text{完成率(\%)} = (\text{本季末期腎衰竭治療模式衛教完成人數} / \text{本季新透析病人人數}) \times 100 \%$$

4. 評分方式：

完成率	評分
≥ 90%	10
≤ 75% ~ < 90%	8
≤ 60% ~ < 75%	6
< 60	0

5. 選擇安寧緩和醫療：

個案因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，由醫師視個案情形建議簽署「選擇安寧緩和醫療意願書」，格式詳見 P.23。

(1)院所本季告知選擇安寧緩和醫療病人人數：                  人

(2)院所本季簽署選擇安寧緩和醫療病人人數：                  人

### 3-2 末期腎衰竭治療模式衛教表

年 月 日

醫院/診所名稱：

病人來源： 門診  住院

病人姓名：

病歷號碼： 性別： 男  女

身分證字號：

出生年月日： 年 月 日

病人教育程度： 不識字  小學  初中  高中  大專  研究所

病人家庭狀態： 未成年受扶養  有職業獨立工作  因病修養半工作狀態

因病無法工作  退休獨立生活  年邁或因病受照顧

陪同家屬： 配偶  子女  兄弟姊妹  家長  其他：

衛教內容(確實執行項目請打勾)：

腹膜透析	血液透析
<input type="checkbox"/> 透析通路和原理	<input type="checkbox"/> 透析通路和原理
<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者	<input type="checkbox"/> 透析場所/時間/執行者
<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀	<input type="checkbox"/> 透析可能產生的症狀
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症	<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制	<input type="checkbox"/> 飲食/血壓/貧血控制
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)	<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)

腎臟移植
<input type="checkbox"/> 移植的術前評估
<input type="checkbox"/> 移植的優點和缺點
<input type="checkbox"/> 移植的併發症
<input type="checkbox"/> 適應症及禁忌症
<input type="checkbox"/> 移植後抗排斥藥物和門診追蹤簡介
<input type="checkbox"/> 其它(居家照護、社會福利等)

### 3-3 『末期腎衰竭治療模式衛教』病人滿意度調查表

1. 您覺得衛教的時間足夠嗎？

非常足夠 足夠 普通 不足夠 非常不足夠

2. 您對衛教的方式滿意嗎？

非常滿意 滿意 普通 不滿意 非常不滿意

3. 您對衛教內容瞭解嗎？

非常瞭解 瞭解 稍微瞭解 不瞭解 非常不瞭解

4. 整體而言，您覺得衛教對您選擇末期腎衰竭治療模式是否有幫助？

非常有幫助 有幫助 普通 沒有幫助 完全沒有幫助

病人或病人家屬簽名：

衛教者簽名：

### 3-4 選擇安寧緩和醫療意願書

#### 選擇安寧緩和醫療意願書

本人 \_\_\_\_\_ 因罹患嚴重傷病，經醫師診斷認為不可治癒，而且病程進展至死亡已屬不可避免，特依安寧緩和醫療條例第四條、第五條及第七條第一項第二款之規定，作如下之選擇：

- 一、願意接受緩解性、支持性之醫療照護。
- 二、願意在臨終或無生命徵象時，不施行心肺復甦術（包括氣管內插管、體外心臟按壓、急救藥物注射、心臟電擊、心臟人工調頻、人工呼吸或其他救治行為）。立意願人：

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_  
住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

在場見證人（一）：

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_  
住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

在場見證人（二）：

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_  
住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

法定代理人：（本人為未成年人時，法定代理人請簽署本欄）：

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_  
住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

醫療委任代理人：（由預立醫療委任代理人代為簽署時，請簽署本欄）

簽 名：\_\_\_\_\_ 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_  
住（居）所：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

中 華 民 國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

附註：

1. 安寧緩和醫療條例第四條規定：

『末期病人得立意願書選擇安寧緩和醫療。』

前項意願書，至少應載明下列事項，並由意願人簽署：

- 一、意願人之姓名、國民身分證統一編號及住所或居所。
- 二、意願人接受安寧緩和醫療之意願及其內容。
- 三、立意願書之日期。

意願書之簽署，應有具完全行為能力者二人以上在場見證。但實施安寧緩和醫療之醫療機構所屬人員不得為見證人。』

## 2. 安寧緩和醫療條例第五條規定：

『二十歲以上具有完全行為能力之人，得預立意願書。

前項意願書，意願人得預立醫療委任代理人，並以書面載明委任意旨，於其無法表達意願時，由代理人代為簽署。』

## 3. 安寧緩和醫療條例第七條規定：

『不施行心肺復甦術，應符合下列規定：

- 一、應由二位醫師診斷確為末期病人
- 二、應有意願人簽署之意願書。但未成年人簽署意願書時，應得其法定代理人之同意。前項第一款所定醫師，其中一位醫師應具相關專科醫師資格。

末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，第一項第二款之意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。但不得與末期病人於意識昏迷或無法清楚表達意願前明示之意思表示相反。

前項最近親屬之範圍如下：

- 一、配偶。
- 二、成人直系血親卑親屬。
- 三、父母。
- 四、兄弟姐妹。
- 五、祖父母。
- 六、曾祖父母或三親等旁系血親。
- 七、一親等直系姻親。

第三項最近親屬出具同意書，得以一人行之；其最近親屬意思表示不一致時，依前項各款先後定其順序。後順序者已出具同意書時，先順序者如有不同之意思表示，應於安寧緩和醫療實施前以書面為之。