

109 醫學倫理議題討論 (含死亡證明申辦流程)

新興醫院院長

陳順福醫師

(109.07.29)

醫學倫理五原則

1. Autonomy 自主原則

「自主」一詞最簡單的解釋就是「自己作主」，醫學倫理上所指的自主原則就是尊重病人自主的原則，病人有權自由決定自身所受健康照護方式，且醫療人員不得對病人進行其不想接受的醫療措施，並應促進病人對自身生命的掌握。任何醫療行為都必須尊重當事人或其家屬的自主性，所以必須以病人的「知情同意」為基礎。

2. Beneficence 行善原則

行善乃指「仁慈」或「善良」的德行，行善不僅是照顧病人的一個基本倫理原則，也是醫師對病人一種責無旁貸的義務。行善原則要求醫療人員關心並致力於提昇病人的福祉。醫療人員應保護無決定能力之人，避免其做出有害自身或在有決定能力時不會採取的決定。

3. Confidentiality 保密原則

即醫師應尊重病人隱私(privacy)，不得無故洩露。若病人不能肯定醫師會對談話內容保守秘密，如何能說出自己病情的隱私？若病人對醫師保留自己病情，醫師恐怕難以做出正確診斷；當然，醫療人員守密的範圍僅限於屬於「秘密」的事項，如果病人的資訊並不具有秘密性，則醫療人員對於這些資訊並無守密義務，即凡已進入公共領域的資訊即不再具有秘密性，不屬於守密義務的事項。又當屬於病人的資訊涉及公共利益或第三者的重大利益時，如果經過權衡可認為守密將造成公眾或第三者遭受更大損害時，則醫療人員可以免除守密義務，而將這些資訊提供予合法、適當人員。

4. Do No Harm (non-maleficence) 不傷害原則

不傷害原則乃意指不讓病人的身體與心靈受到傷害，此原則與古典西方醫療倫理格言「**First, do not harm!**」互相呼應。「不傷害原則」與「行善原則」可以結合在一起看，亦即是醫療行為應該造福病人，其所帶來的傷害不應大於其所帶來的好處。當然，若傷害是無可避免的時候，合倫理的行為必須是「兩權相害取其輕」，因此由「不傷害原則」又可衍生出「較小惡原則」。

不傷害原則包括以下概念：

- (1) 醫師必須有足夠的臨床知識與技術；
- (2) 不得給病人過度或不足的治療；
- (3) 治療過程中不再增加病人的傷害。

5.Equality(Justice) 正義原則

正義原則意指基於正義與公道，以公平合理的處事態度來對待病人。

正義原則應用到醫療照護倫理時，涉及以下三個層次：

- (1) 尊重病人的權利(權利正義)。
- (2) 尊重道德允許的法律(法律正義)。
- (3) 公平分配不足的資源(公平正義)。

不施行心肺復甦術(DNR)同意書的倫理議題討論

(自主原則、行善原則、不傷害原則)

案例說明：

一名七十歲男性，經診斷 R/I 肺結核及呼吸性酸中毒與二氧化碳滯留。某日早上病人因呼吸喘、血壓低及全身不適且有發抖情形入院，經醫療團隊評估後與家屬解釋病情及討論 DNR 事項，將 DNR 同意書表單交予家屬。

數十日後，家屬餵食時病人噎到，出現意識改變，且出現呼吸喘血氧下降情形，當日值班醫師探視病人時再次與家屬確認 DNR 事項，家屬卻表示從未填過此單子，並於櫃子拿出未簽署的 DNR 表單。

倫理困境：

1. 除了釐清 DNR 與急救之前的緊急應變系統(RRS)間流程疑慮外，DNR 資訊註記之流程，在尚未確認 DNR 表單完成之狀況進行註記，是否適切呢？
2. 簽署 DNR 病人不啟動 RRS 之規範及用意，若事件發生為外加因素而非簽署 DNR 之不可逆疾病所致，是否合乎疾病不可逆因素不施予急救之精神呢？
3. 當您面對病人與家屬所提出的醫療意願不一致時，您會考量的層面及想法有哪些？
4. 醫護人員與病人該如何保護自己的權利呢？

決議及建議：

病人或親屬事先簽署 DNR 或預立醫囑，醫療端才會進行註記作業，其註記不代表所有醫療處置就不做，主要目的在於醫師當下所判斷的醫療決策，根據《醫療法》第八十二條醫師有「裁量權」，以專業判斷病人狀況。

未完成 DNR 同意書簽署之病人，醫療端不得啟動 DNR，須符合正常程序規定；真正啟動「急救之前的緊急應變系統(RRS)」時機是以醫師為主，即便簽了 DNR 醫師仍得依照當時的情況進行處置，程序上一定要有記錄作為依據，除非病人當下情況符合《安寧緩和醫療條例》第七條規定，經由兩位醫師確診為末期病人，不可治癒、不可逆之情形，且短期內死亡不可避免，兩個完全行為能力之人在場見證，具其有法律效力。

1.DNR是什麼?

DNR（Do Not Resuscitate）指的是病人本身簽署意願書或經由家屬簽署同意書，在病人臨終、瀕死或無生命徵象時，不施予心肺復甦術（cardiopulmonary resuscitation, CPR），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。依據**2000年6月公佈實施的「安寧緩和醫療條例」**，罹患末期疾病的病人有權利選擇DNR，在病程進展至死亡已屬不可避免時，以較有尊嚴的方式自然離開人世，免受人工維生醫療拖延時日的痛苦。

依據：「安寧緩和醫療條例」第三、五、七條。

2. 為什麼末期病人要簽署DNR？

基於對於病人生命權的保障「醫師法」、「醫療法」與「護理人員法」均提到對於病況危急的病人，應施予適當急救措施，故病人/家屬若未事先特別聲明，在病人生命徵象不穩定或消失時，醫護人員均會予以CPR，以求挽回生命。

然而，對於存活期有限的末期病人，即便是在臨終、瀕死或無生命徵象時施予CPR等急救，只能短暫維持心肺功能外，已經受損的器官仍會持續惡化，且氣管內插管、呼吸器與電極等人工維生醫療對此類病人通常會帶來更多的身心痛苦折磨，故醫療人員會傾向建議讓病人在生命最後終站到達時，不要施予CPR。而此項醫療不作為，需依照安寧緩和醫療條例規定，徵得病人/家屬的同意，故需有DNR書面簽署，以茲證明。

依據：「安寧緩和醫療條例」第一、三、四、七條。「醫療法」第六十條。「醫師法」第二十一條。「護理人員法」法第二十六條。

3.若病人本身意識不清、年齡過高、太虛弱、不識字、或無法了解本身病情，該如何簽署DNR？

末期病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，前述意願書，由其最近親屬出具同意書代替之。所謂的**最近家屬**是指病人的**配偶、成人子女、孫子女、父母、兄弟姐妹、祖父母、曾祖父母或三等旁系血親（叔伯、阿姨、姪女、外甥等）、一等直系姻親（如媳婦、女婿、公婆、丈人等）**。

依據：「安寧緩和醫療條例」第七條。

4. 承第3題，若家屬間對於DNR與否的意見不一致時，該聽誰的？

由最近親屬出具同意書選擇DNR時，只要由其中一人簽署即可。若親屬間意見不同時，則依前題所說明的家屬先後定其順序，也就是**病人配偶的意見優於其成人（子女、孫子女）**，餘此類推。若**同輩份（病人的父親與母親、或兄弟姊妹之間）**的意見不一致，其中一人出具同意書者，即為同意不施行心肺復甦術
依據：「安寧緩和醫療條例」第七條與施行細則第五條。

Ps: 「**前妻**」與病人已非法律上的親屬，無權代替病人簽具DNR同意書。「**乾媽**」也不是法律上的正式親屬。「**養子**」若有經過正式的法律收養流程，視同婚生子女。

依據：民法第四編親屬第一千零七十七條

5. 病人哥哥已填妥DNR同意書，但病情突然變差，緊急下只找到前妻，但前妻前來哭鬧表示一定要急救，醫護人員是否可堅持不急救？

首先，必須釐清病人是否經由兩位醫師認定為「末期疾病」，如果他不是末期病人，縱使家屬已簽署DNR同意書，醫師不論依照法律或倫理規範還是會進行CPR。

而「安寧緩和醫療條例」中規定當病人意識昏迷或無法清楚表達意願時，可由最近家屬簽署DNR同意書，最近家屬的順位依序為配偶、成人子女、孫子女、父母，兄弟姊妹、祖父母、曾祖父母或三等旁系血親、一等直系姻親。因此位病人哥哥已填妥DNR同意書，前妻並非法定親屬，並無權力代理病人決定是否同意或反對DNR。若病人哥哥同意前妻要求為病人進行CPR，須以書面撤除原本已經簽署的DNR。

藥師於執業時常遇到的倫理困境

(自主原則、行善原則、不傷害原則)

案例說明：

A 藥師於某醫院服務滿兩年，某天於藥物諮詢臺服務時，遇到高中時期的恩師。看著愁容滿面的老師，A 藥師於是上前關心。

得知老師的丈夫兩個月前發現得大腸癌第三期，兩週前有動手術緊接著化療，術後幾天身體開始出現不適症狀，便於網路查詢是否為化療的副作用。

A 藥師富有同理心，查詢該病人治療計畫書，發現醫師打算以抗癌妥®(Irinotecan)治療，抗癌妥為大腸直腸癌第一線藥品，現在可利用基因檢測(UGT1A1*28)來預先偵測副作用大小，提前調整劑量以減少副作用。

A 藥師緊接著告訴老師醫院有另外一種大腸癌標靶藥物癌思停®(Bevacizumab)，一般搭配傳統化療藥一起使用，詳細內容得醫師評估後才可進行下一步。老師知情後，立即詢問醫師關於標靶藥物療效，並認為醫師沒盡到告知義務。

9. 12. **Irinotecan** (如 Campto injection) : (90/10/1、93/8/1)

限轉移性大腸直腸癌之第一線治療藥物:

1. 與5-FU及folinic acid合併，使用於未曾接受過化學治療之患者。
2. 單獨使用於曾接受5-FU療程治療無效之患者。

9. 37. **Bevacizumab (如Avastin)** : (100/6/1、101/05/1、
106/4/1)

1. **轉移性大腸或直腸癌** :

(1) **Bevacizumab** 與含有 **irinotecan/ 5-fluorouracil/ leucovorin** 或 **5-fluorouracil/ leucovorin** 的化學療法合併使用，作為**轉移性大腸或直腸癌** 患者的第一線治療。

(2) 使用總療程以36週為上限(106/4/1)。

(3) 須經**事前審查**核准後使用，每次申請事前審查之療程以18週為限，再次申請必須提出客觀證據（如：影像學）證實無惡化，才可繼續使用。
(106/4/1)

2. **惡性神經膠質瘤(WHO第4級)** -須經事前審查核准後使用;多型性神經膠母細胞瘤(Glioblastoma multiforme)復發之成人患者。(101/05/1)

倫理困境：

1. 醫療人員常是民眾傾訴問題的對象，尤其遇上熟識病人時。當共享決策不完全，善意提供醫療資訊是否違反醫學倫理呢？
2. 當訊息內容可能是醫療疏失時，基於誠實面對病患、揭露可疑訊息的責任，如何減少病人的不信任感？降低對疏失人員傷害？
3. 機構利益沒有風險，但治療效果實證不明確，提供病人自費治療選擇是否合乎醫學倫理四大原則呢？

決議及建議：

1. 「共享決策」是以病人為中心的臨床醫療執行過程，兼具知識、溝通和尊重此三元素，目的是讓醫療人員和病人在進行醫療決策前，共同達成最佳可行之治療選項。
2. 不論醫療人員是否為醫療團隊成員之一，尊重病人的醫療隱私是建立良好醫病關係重要條件，希波克拉底宣言提到：「無論與我的專業有無關係，我所看到或聽到有關病人的一切，絕不加以宣揚，我將確保所有的秘密。」
3. 醫療行為過程中保密職責是基本的倫理義務，不得以關心為理由擅自使用個人權限隨意點閱病人治療計劃書，根據《醫療法》第七十二條、《藥師法》第十四條以及《個人資料保護法》第六條規定，醫療機構及其人員因業務而知悉或持有病人病情或健康資訊，不得無故洩漏，嚴重時將構成致生損害及告訴乃論之刑責。

「**共享決策**」（**Shared Decision Making, SDM**）這個名詞最早是1982年美國以病人為中心照護的共同福祉計畫上，為促進醫病相互尊重與溝通而提出。在1997年由Charles提出操作型定義，至少要有醫師和病人雙方共同參與，醫師提出各種不同處置之實證資料，病人則提出個人的喜好與價值觀，彼此交換資訊討論，共同達成最佳可行之治療選項。

共享決策是以病人為中心的臨床醫療執行過程，兼具知識、溝通和尊重此三元素，**目的是讓醫療人員和病人在進行醫療決策前，能夠共同享有現有的實證醫療結果，結合病人自身的偏好跟價值，提供病人所有可考量的選擇，並由臨床人員和病人共同參與醫療照護，達成醫療決策共識並支持病人做出符合其偏好的醫療決策。**

新興醫院醫病共享決策輔助評估表

109.01.23 制定

病歷號：_____ 姓名：_____ 日期：_____

*決策題目

我是肥胖第2型糖尿病患，長期血糖控制不良，應該選擇加上哪種降血糖藥物

*前言

當您有第2型糖尿病併有肥胖問題，如您已經接受第一線降血糖藥“伏糖”(metformin)至最大耐受劑量，都無法下降您的血糖問題，代表您現在需要思考加上第二線降血糖藥，以期糖化血紅素能儘早達標。本表單將幫助您瞭解有哪些治療選擇，請跟著我們的步驟，一步步探索自己的需求，以及在意的事情，希望能幫助您思考並選擇適合自己的治療方式。

*適用對象 / 適用狀況←

1. 醫生告訴您是肥胖第2型糖尿病人。←
2. 您已經使用第一線降血糖藥物，仍然控制不佳，糖化血紅素未能達標。←
3. 醫生建議增加使用恩排糖或胰妥善治療。←

* 疾病或健康議題介紹←

糖尿病的致病原因有很多種，除了基因遺傳外，年齡、環境因素、體型、飲食等因素都有相關。糖尿病常會出現慢性併發症，其中以血管性病變占大多數，其他像神經病變、腎臟和視網膜都會受到影響。有研究指出罹患糖尿病超過20年以上，約60 %患者有某種程度的眼底病變，而有5~15 %會進入末期腎病變而需終身洗腎，再者發生心肌梗塞的機會是一般人的3-5倍，是糖尿病的主要死因，其中神經病變是糖尿病患者晚期最常出現的併發症，對第二型糖尿病患者來說，只要降低糖化血色素一個百分比，10年追蹤後可減少小血管病變25 %及降低心血管疾病16 %。←

*醫療選項介紹：←

1. 恩排糖(Jardiance, Empagliflozin)：←

一天一次口服藥，它可以減少腎臟對葡萄糖的吸收，使得糖分從尿液中排出，跟胰島素運作無關，發生低血糖的機會較少，也較不會有體重增加的問題。每天可以從尿液排出最多約 80 公克的葡萄糖，相當於減少約 300 大卡的熱量吸收。臨床試驗發現用藥 6 個月後可以降低糖化血色素約 0.6 %，體重約下降約 2~3 公斤，但因為尿糖增加，必需注意生殖泌尿道感染的風險，以及輕微利尿、脫水的副作用，而且明顯腎功能低下(eGFR<45)的人也不適合使用。←

2. 胰妥善 (Victoza, Liraglutide): ←

一天一次皮下注射，它能活化胰臟 B 細胞，促進餐後胰島素的分泌，也能抑制胰臟 A 細胞分泌昇糖素(它會讓血糖上昇)，降低肝臟糖質新生作用(它會讓血糖上昇)，延緩胃排空速度與降低食慾，較不會有低血糖情形，副作用有噁心、嘔吐、膽結石的風險，使用後平均糖化血紅素約下降 1.3~1.6 %，體重約下降 1.8~3.2 公斤。←

*我目前比較想要選擇的方式是：←

恩排糖←

胰妥善←

目前還不確定←

*請透過以下 4 個步驟來幫助我做決定：↵

↵

步驟 1：比較二個選項需要做的事、優點、缺點/副作用：↵

選項↵ 考量↵	<u>恩排糖</u> ↵	<u>胰妥善</u> ↵
需要做的事↵	多喝水、不憋尿、維持泌尿生殖道衛生↵	每日固定時間皮下注射↵
優點↵	<ul style="list-style-type: none">• 口服方便使用↵• 降低糖化血色素約 0.6 %↵• 體重約下降 2~3 公斤↵	<ul style="list-style-type: none">• 降低糖化血紅素約 1.3~1.6 %↵• 體重約下降 1.8~3.2 公斤↵
缺點↵ (副作用)↵	泌尿道、生殖道感染風險以及輕微利尿、脫水的副作用↵	需每日皮下注射，副作用有噁心、嘔吐、膽結石的風險↵

步驟 2：我在意的項目有哪些，以及在意的程度有多少(分數愈高愈在意)：←

考量項目←	完全 不在意	1←	2←	3←	4←	5←	非常 在意← 如果您在意← 建議可以考慮的藥物←
擔心要長期打針←	0←	1←	2←	3←	4←	5←	<u>恩排糖</u> ←
擔心噁心嘔吐←	0←	1←	2←	3←	4←	5←	<u>恩排糖</u> ←
擔心發生膽結石←	0←	1←	2←	3←	4←	5←	<u>恩排糖</u> ←
擔心泌尿生殖道感染←	0←	1←	2←	3←	4←	5←	<u>胰妥善</u> ←
擔心頻尿、脫水←	0←	1←	2←	3←	4←	5←	<u>胰妥善</u> ←

步驟 3、我對醫療選項的認知有多少←

1. 接受胰妥善治療，需要長期打針 對 不對 不確定←
2. 接受胰妥善治療，可能造成噁心嘔吐 對 不對 不確定←
3. 接受恩排糖治療，可能造成泌尿生殖道感染 對 不對 不確定←
4. 接受恩排糖治療，可能造成頻尿、脫水 對 不對 不確定←
5. 定期服用降血糖藥物及生活型態改變是糖尿病最重要的治療 ←
對 不對 不確定←

←

步驟 4、我現在確認好醫療方式←

我已經確認好想要的治療方式請勾選：←

恩排糖治療←

胰妥善治療←

目前還無法做決定，請勾選原因(可複選)：←

我想再與主治醫師討論我的決定←

我想要與其他人（配偶、家人、朋友…）討論我的決定←

對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：←

←

***瞭解更多資訊及資源：**←

1. 醫病共享決策平台←

2. 糖尿病衛教學會←

完成以上評估後，您可以攜帶此份結果與您的主治醫師討論←

←

病患請簽名：_____ ←

預立醫療自主計畫(ACP)之倫理與法律問題

(自主原則、行善原則)

案例說明：

一名六十多歲出家女性，無子女未婚。健保卡已註記預立醫療自主計畫(ACP)，本身患有高血壓、糖尿病足，於 2017 年植入心臟節律器。

某日因呼吸喘入院，洗腎時呼吸淺快微費力且心跳偏快、血壓低，數小時後主訴心悸、意識改變，依醫囑先行連絡家屬(姪媳)確定是否不急救，姪媳表示無法決定，須與其他家屬(養女)討論，醫護人員再次告知家屬病人現況病危，姪媳表示先行急救。

醫療團隊立即施行高級心臟救命術(ACLS)，後又接獲家屬(姪媳)來電告知病人以前有交代不要插管但要急救，醫護人員於電話中向家屬解釋，因病人當下情況危急，急救前已先取得家屬同意，數十小時後病人死亡。



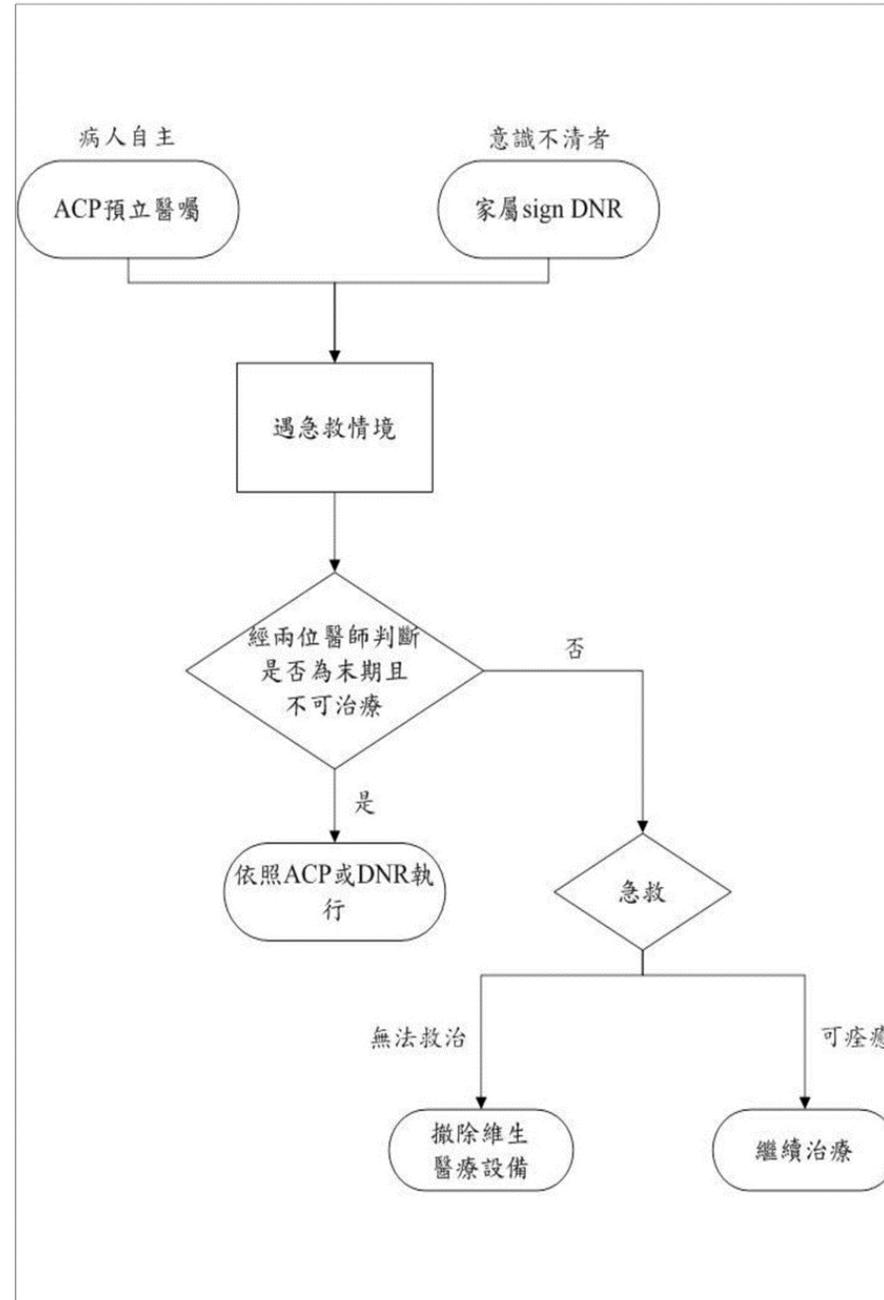
倫理困境：

1. 依本個案之處置，醫師是否違反倫理與法律？
 2. 當病人簽署了不施行心肺復甦術(DNR)，家屬卻要求急救，醫師得否違反病患之意願而為救治？誰說了算呢？
 3. 病人於健保 IC 卡顯示 DNR 之註記，醫療人員是否不必施行心肺復甦術？
- 

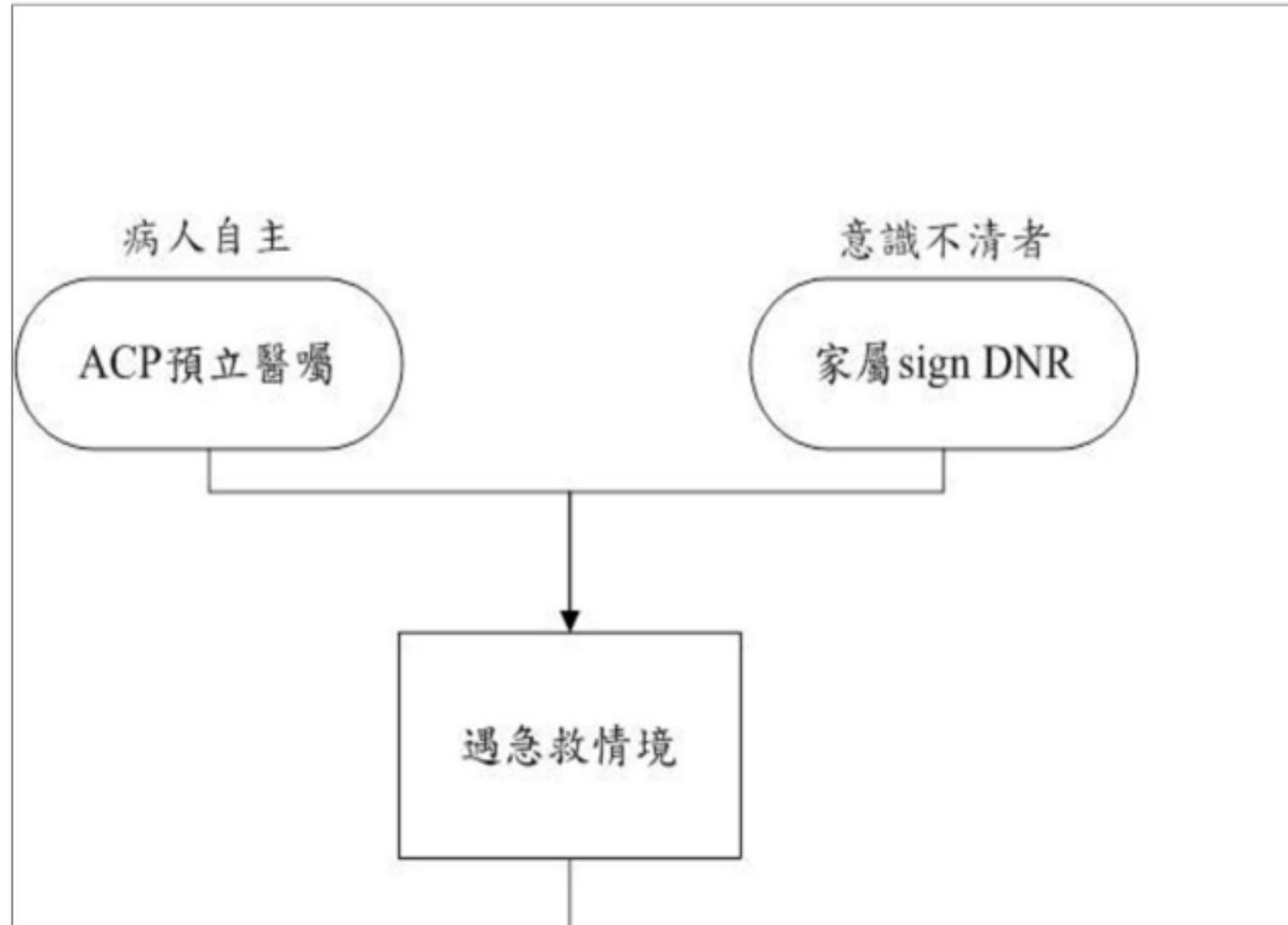
決議及建議：

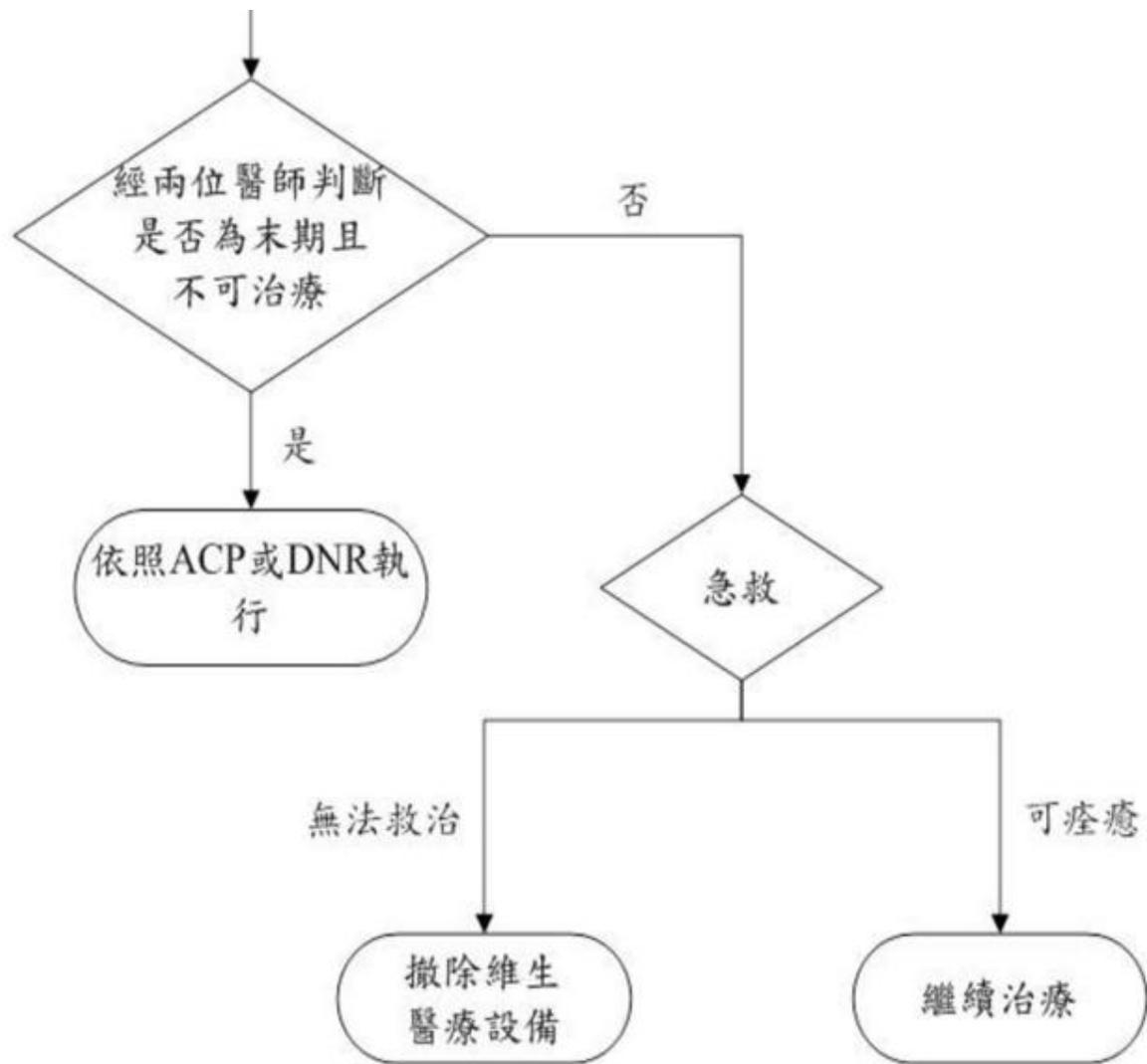
- 一、 依據《病人自主權利法》及《安寧緩和醫療條例》規定，得經由兩位醫師專業的「裁量權」判斷病人之情況已符合 DNR，填寫意願書當下可以不用兩位醫師在場，法條沒有明確規定兩位醫師先後順序，但啟動 DNR 前必須經由兩位醫師判定為末期病人。
- 二、 法律上姪媳的位階具法律效力，醫師賦於裁量權判定醫療處置，醫療端聯繫最近親屬說明原因。判斷預立醫療自主計畫(ACP)標準作業流程與 DNR 一樣，第一，是否有預立醫囑意願書；第二，是否經兩位醫師診斷為末期病人、近期內死亡不可逆之情況；第三，意識清楚時，須有兩位(醫師)以上在場見證才行。意識模糊時，由最近親屬代簽。
- 三、 健保卡註記預立醫療自主計畫(ACP)之病人，事先預立醫囑不等於放棄生命，醫師優先以當下之情況做出適當醫療決策，以鼓勵尊重病人意願，表達我們對於臨終生命的態度，以及給予正向能量。

※本院 DNR 及 ACP 標準作業流程圖：



※本院 DNR 及 ACP 標準作業流程圖：





預立醫療決定書

本人_____ (正楷簽名) 經參與「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，以保障病人的尊嚴。本人因此作成以下預立醫療決定，希望能事先表達我所期待的醫療照護及善終方式，同時也讓親友瞭解我對自身生命品質與價值的態度，尊重我的自主選擇。我對醫療照護方式與善終相關課題的選擇與決定如下。

預立醫療自主計畫（Advance Care Planning，簡稱ACP）：是比預立安寧緩和醫療意願書更全面的臨終自主意願表達，其中除了我們熟知預立選擇安寧緩和醫療以外，也包含了「表達在心跳呼吸停止時，是否施行CPR」、「是否接受醫療維生設備維持生命的措施」、「是否需要經由靜脈點滴或口、鼻或腸道插管灌食人工營養」、「照護的場所或死亡地點的選擇」、「選擇醫療指定代理人」、「是否同意器官捐贈」等意願。**因此包含：**

1.急救意願表達（安寧緩和意願書、健保IC卡註記）

2.維生醫療抉擇

3.預立醫療委任代理人：必須是**20歲以上**具完全行為能力之人，始得任之。當意願人**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（《病人自主權利法》第3條第5款）。

4.預立醫囑

病人自主權利法

病人自主權利法 SOP

醫療機構：意願人、二親等家屬、

醫療委任代理人（若有）



具完全行為

- 能力者
- 具心智/意識能力者



共融決策

預立醫療照護

- 諮詢(ACP)
- 特定臨床條件
 - 接受/拒絕何種治療



簽署預立醫療

- 決定(AD)
- 見證人/公證
 - 核章
 - 註記

臨床條件



末期病人



不可逆轉昏迷



永久植物人



極重度失智



其他公告重症

《安寧緩和醫療條例》與《病人自主權利法》的差異？

三大不同	安寧緩和醫療條例	病人自主權利法
理論基礎不同	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簽署預立醫療決定。 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(ACP)、預立醫療決定(AD)、醫療委任代理人。
適用對象不同	1.末期病人only	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
適用範圍不同	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



死亡證明書申辦流程



五、附錄-(一)

到院前無生命徵象案件- OHCA (DOA) 由醫院、診所開立死亡證明書之法源依據

- 1、**醫療法(修正日期103年1月29日)第76條規定：**「醫院、診所如無法令規定之理由，對其診治之病人，不得拒絕開給出生證明書、診斷書、死亡證明書或死產證明書。開給各項診斷書時，應力求慎重尤其是有關死亡之原因前項診斷書如係病人為申請保險理賠之用者，應以中文記載，所記病名如與保險契約病名不一致，另以加註方式為之。

醫院、診所對於非病死或可疑為非病死者，應報請檢察機關依法相驗。」

五、附錄-(一)

到院前無生命徵象案件- OHCA (DOA) 由醫院、診所開立死亡證明書之法源依據

- 2、醫療法施行細則(修正日期99年3月12日)第53條規定：
「醫院、診所對其診治之病人死亡者，應掣給死亡證明書醫院、診所對於就診或轉診途中死亡者，應參考原診治醫院、診所之病歷記載內容，於檢驗屍體後，掣給死亡證明書。
病人非前二項之情形死亡，無法取得死亡證明書者，由所在地衛生所或所在地直轄市或縣（市）主管機關指定之醫療機構檢驗屍體，掣給死亡證明書。
衛生所或所在地直轄市或縣（市）主管機關指定之醫療機構依前項規定檢驗屍體，得商洽原診治之醫院、診所，提供病歷摘要或診斷書參考，原診治之醫院、診所不得拒絕。」。

一. 因「疾病不治死亡」：

1. 於本院診治期間死亡者：

(1) 由本院診治醫師開立「死亡證明書」

(2) 請攜帶下列證件至診治期間之護理站申請：

a、往生者身分證件正本

b、申請人之證件正本

(3). 上班時間外死亡者(含例假日)：

a. 緊急聯絡窗口：

(1). 張菊文:0963117965，

(2). 葉美慧：6321811

2. 於本院診治，但出院後死亡者：

(1) 如為本院病危出院患者，由本院診治醫師評估死因符合後開立「死亡證明書」。

(2) 請攜帶下列證件至診治期間之護理站申請：

a、往生者身分證件正本

b、申請人之證件正本

c、開立死亡診斷證明申請書

(3). 上班時間外死亡者(含例假日)：

a. 緊急聯絡窗口：

(1). 張菊文:0963117965

(2). 葉美慧：6321811

3. 於到本院就診或轉診本院途中死亡者：

(1) 由本院醫師參考原診治醫院診所之病歷記載內容，於檢驗屍體確認死因為病死後，開給「死亡證明書」。但如無原診治病歷、或無法確認為病死者、或無法確認身分者，則不開立任何證明並報請檢察機關行政相驗。

(2) 開立死亡診斷證明申請書請攜帶下列證件至門診申請：

a、往生者身分證件正本

b、申請人之證件正本

• 二、非因病死亡者：

(1) 由醫院通知警察機關請求司法相驗。

本院司法相驗作業連繫窗口：張菊文 分機：215

相驗：

- 意指檢視屍體，研判死者之死亡原因及死亡方式，掣給死亡證明書或相驗屍體證明書，以便進行殮葬事宜之過程。依其執行相驗人員之不同，可分為「行政相驗」與「司法相驗」兩類：

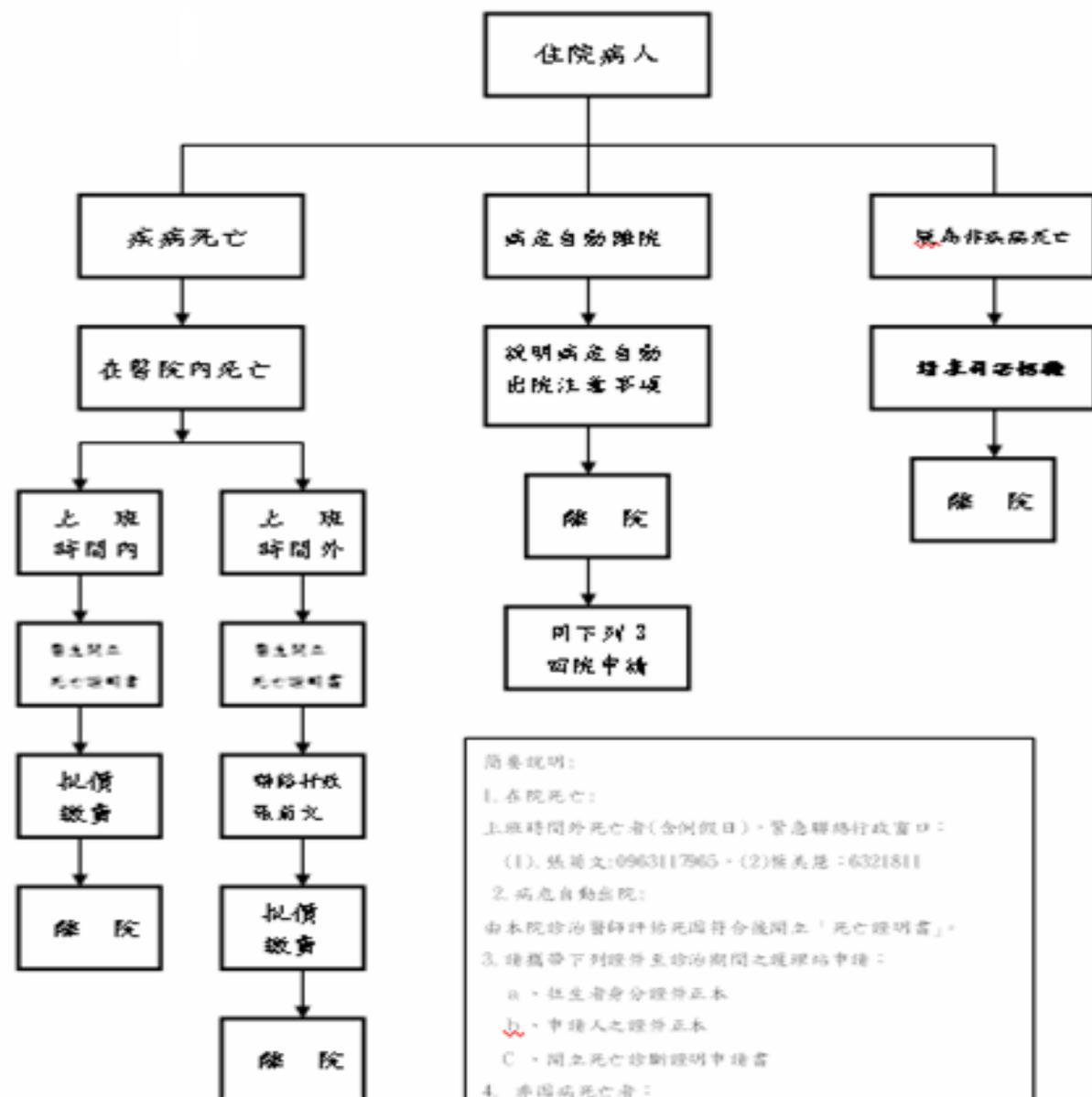
一、行政相驗（衛生所）：

（一）病人非因診治或就診、轉診途中死亡之情形死亡，無法取得死亡證明書者，由所在地衛生所檢驗屍體，掣給死亡證明書。

二、司法相驗（法醫或檢驗員）：

（一）檢察官於其管轄區域內，人民遇有非病死或可疑為非病死者，由檢察官、檢察事務官或司法警察官督同法醫或檢驗員檢視屍體，以察有無犯罪嫌疑之過程。

開立死亡證明書標準作業流程(住院病人)



簡要說明:

1. 本院死亡:

上班時間外死亡者(含例假日), 緊急聯絡行政窗口:

- (1) 張英文: 0963117965, (2) 張美慧: 6321811

2. 病危自動出院:

由本院診治醫師評估死因符合後開立「死亡證明書」。

3. 請攜帶下列證件至診治期間之護理站申請:

- a. 執照者身分證正本
- b. 申請人之證件正本
- c. 開立死亡診斷證明申請書

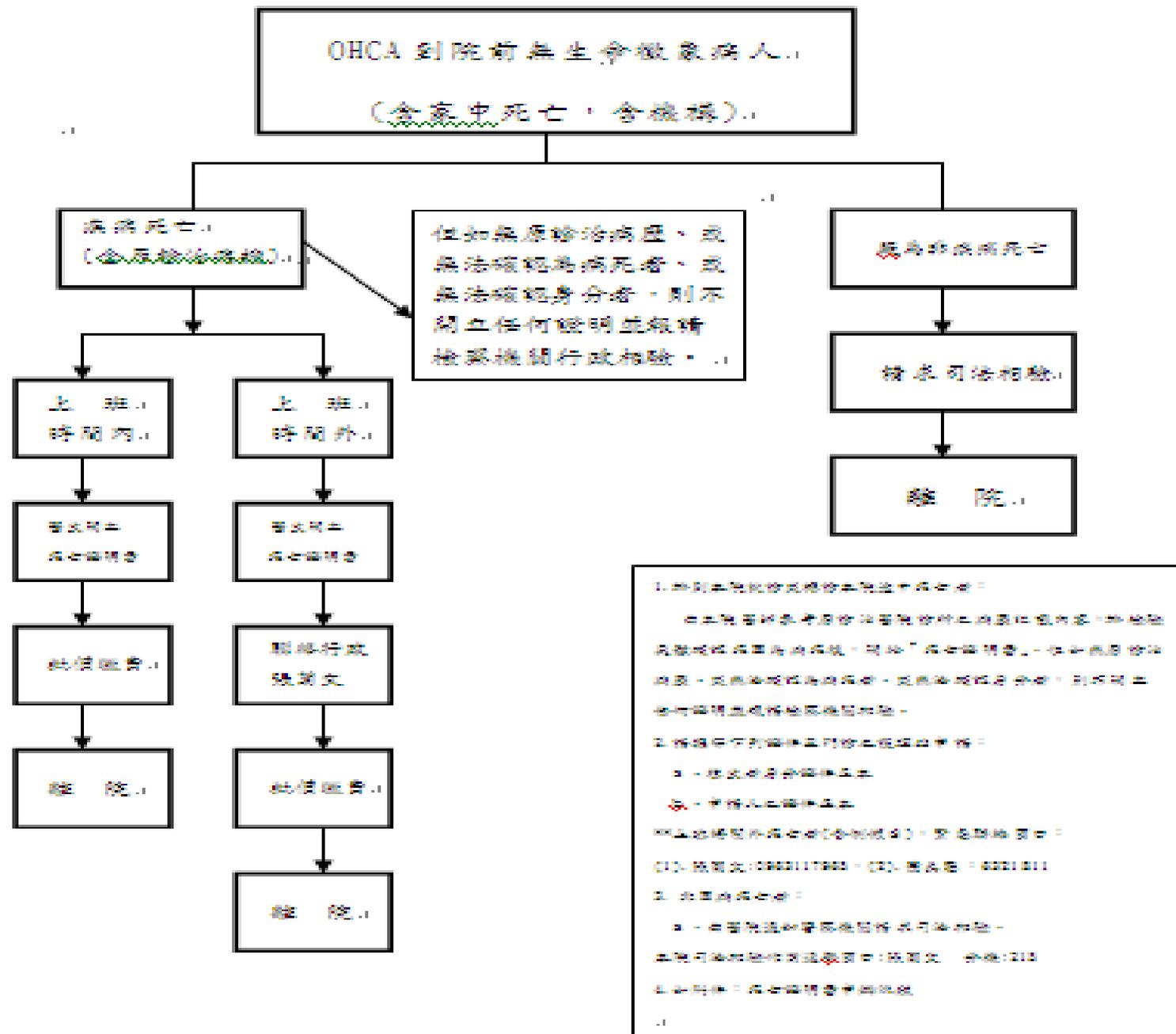
4. 非因病死亡者:

- a. 由醫院通知警察機關請求司法相驗。

本院司法相驗作業連絡窗口: 張英文 分機: 215

5. 如附件: 死亡證明書申請流程

開立死亡證明書標準作業流程(到院無生命徵象病人)⁴



開立死亡證明書標準作業流程(司法相驗)

非病死亡
或
非可疑病死



請求司法相驗
填寫司法相驗通報單



備妥診斷證明書
或
病歷摘要



醫院通知
所在地警察局



本通知單原稿須
於病歷上留存



結 案

輔助說明：

- 一、主治醫師遇有「非病死亡」或「可疑非病死」者，應填寫司法相驗通知單並備妥診斷證明書或病歷摘要，轉交護理站依死者身份通報相關單位。
- 二、通報方式：由醫院通知所在地分局。
- 三、護理長應審核通報及處理情形，並請於通報單簽章後送交受理通報之單位。
- 四、本通知單原稿須於病歷上留存。
- 五、本院司法相驗作業連繫窗口：
張菊文 分機:215

新興醫療社團法人新興醫院

開立死亡診斷證明申請書

病人姓名：

身份證統一編號：

病人住址：

出生日期： 年 月 日

死亡日期(含時間)： 年 月 日 午 時 分

死亡地點：

二位家屬證明簽章：

備註：

1. 請攜帶此證明書及病人、申請人的身分證。
2. 病人住址請填寫戶籍所在地的詳細住址(包含鄰、里)，
3. 死亡地點也請填寫包含「鄰」、「里」的詳細住址。

新興醫院非病死（或可疑非病死）死亡病患司法相驗通報單

病患姓名： 出生日期： 年 月 日 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
往生時間： 年 月 日 時 分	身分證字號：
戶籍地址：	
入院情形： 診察經過： 往生情形： 非病死類別： <input type="checkbox"/> 刀槍傷 <input type="checkbox"/> 爆炸傷 <input type="checkbox"/> 其他外物傷 <input type="checkbox"/> 藥物傷 <input type="checkbox"/> 自殺 <input type="checkbox"/> 車禍 <input type="checkbox"/> 其他原因（請說明）_____	
檢附參考資料： <input type="checkbox"/> 診斷證明書 <input type="checkbox"/> 病歷摘要 <input type="checkbox"/> 其他（請說明）：	
醫師姓名：	
護理單位填寫欄	
往生者家屬：	聯絡電話（手機）：
往生者相驗地址：	
受理通報單位： <u>新營分局勤務指揮中心</u> (TEL:06: 6331883 ; FAX:06-6323009) ※ 傳真之前須先電話聯繫，俾利傳真號碼切換!! 受理通報警員： 聯絡電話： 通報時間：	
處理情形：	
護理人員：	護理長：
醫院聯絡電話（含：單位分機）	醫院傳真電話：

注意事項：

- 一、主治醫師遇有「非病死亡」或「可疑非病死」者，應填寫本通知單並備妥診斷證明書或病歷摘要，轉交護理站依死者身份通報相關單位。
- 二、通報方式：由醫院通知所在地分局。
- 三、通報流程：醫師填寫本單並備病歷資料或診斷書→護理師填寫本單相關資料→護理長審核→送至醫事室住院組（08:00-17:00）或門診批價（17:00-20:00）→傳真本單及病歷資料或診斷書至受理分局並於病歷上留存備查。

臺南市政府警察局各分局勤指中心電話及傳真一覽表(附表)

單位名稱	所轄區域	電信及傳真	單位名稱	所轄區域	電信及傳真
第一分局	東區		白河分局	白河區、東山區、 後壁區	
勤指中心		06-2684867	勤指中心		06-6852006
勤指中心傳真		06-2676869	勤指中心傳真		06-6853350
第二分局	中西區		麻豆分局	麻豆區、官田區、 六甲區、下營區	
勤指中心		06-2139070	勤指中心		06-5722031
勤指中心傳真		06-2144229	勤指中心傳真		06-5710140
第三分局	安南區		佳里分局	佳里區、西港區、 七股區	
勤指中心	06-2567666	06-2567005	勤指中心	06-7233197	06-7222012
勤指中心傳真		06-2457840	勤指中心傳真		06-7217462
第四分局	安平區		學甲分局	學甲區、北門區、 將軍區	
勤指中心		06-2954116	勤指中心		06-7832701
勤指中心傳真		06-2956300	勤指中心傳真		06-7830813

第五分局	北區		善化分局	善化區、大內區、 安定區、新市區	
勤指中心	06-2598603	06-2598595	勤指中心	06-5815345	06-5817434
勤指中心傳真		06-2598521	勤指中心傳真		06-5819503
第六分局	南區		新化分局	新化區、山上 區、左鎮區	
勤指中心	06-2640554	06-2640556	勤指中心		06-5902003
勤指中心傳真		06-2631041	勤指中心傳真		06-5903253
新營分局	新營區、鹽水區、 柳營區		歸仁分局	歸仁區、仁德區、 關廟區、龍崎區	
勤指中心	06-6331883	06-6323297	勤指中心		06-2304964
勤指中心		06-6354822	勤指中心		06-2307837
勤指中心傳真		06-6323009	勤指中心傳真		06-3303545
永康分局	永康區		玉井分局	玉井區、南化 區、楠西區、	
勤指中心	06-2333326	06-2333324	勤指中心		06-5742007
勤指中心傳真		06-2013574	勤指中心傳真		06-5742224

臺南地方法院檢察署司法相驗流程圖

