

# 111 醫學倫理議題討論 (死亡證明書申辦流程)

新興醫院院長

陳順福醫師

(111.04.13)

# 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)。

# 醫學倫理個案摘要1

1. 病歷號:\*\*\*\*\* 2. 性別: 男 3. 年齡:73歲

## 事件經過:

73歲的男性於109年11月8日下午4時與家人聊天到一半突然頭痛，失去意識倒下，因此送到本院急診室。經電腦斷層發現右側大片腦出血，會診神經外科醫師，於放置腦室外引流管進行腦壓監測後入外科加護病房。追蹤腦部斷層發現水腦，經家屬同意後病人接受腦室腹腔分流術。醫師解釋可能需長期依賴呼吸器，家屬拒絕氣管切開術，之後轉入呼吸照護中心(RCC)。因為意識狀態無恢復，雙眼瞳孔無光反射，呼吸狀況也不理想，經會診安寧共照團隊後，家屬同意於109年12月30日進行安寧拔管(compassionate extubation)，並轉入安寧病房。

## 醫學倫理觀點討論議題：

1. 以4 box method進行倫理問題分析及討論：

### 【I】醫療處置考量(行善/不傷害原則)：

- 什麼病 / 診斷 / 預後？急性 / 慢性 / 危險 / 會好嗎？
- 治療的意義為何？有用嗎？萬一治療失敗該怎麼辦？
- 如何醫療處置對病人最好？

分析：

1. 診斷：Spontaneous right hypertensive ICH, brain stem, basal ganglion and IVH with brain death

2. 會好嗎？不會好

3. 治療的意義為何？經由解除症狀、疼痛與受苦，維持或改善生活品質

## 【II】病人的意願考量（自主原則）：

- 病人喜歡接受這種治療嗎？
- 病人了解這相關危險性，或好處嗎？病人同意嗎？
- 病人有辦法做決定嗎？
- 病人表達過意見嗎？預立醫囑？

分析：

1. 病人喜歡這種治療嗎？無法評估
2. 病人了解相關的危險性或好處嗎？無法評估
3. 病人有辦法做決定嗎？沒有辦法
4. 病人表達過意見嗎？病人媳婦表示：病人之前照顧中風長期臥床的母親，曾表示自己”不願插管急救”，家屬皆有共識盼能遵照病人想法不要受苦



### 【III】生活品質考量：行善、不傷害與自主原則

- 病人若治療（或不治療）會面對什麼樣的生活品質？
- 醫療人員對上述之預測準確嗎（有bias嗎）？
- 病人之身體、智力、社會功能會留下後遺症嗎？

分析：

1. 病人若治療（或不治療）會面對什麼樣的生活品質？長期呼吸器依賴，不時會有肺炎、泌尿道感染、褥瘡等併發症，生活品質非常差
2. 醫療人員對上述之預測準確嗎（有bias嗎）？預測準確

## 【IV】其他情境考量：正義原則

- 個人專業 / 家庭背景 / 醫護人員會影響病人之醫療決定嗎？
- 有無社會經濟、法律、政治、宗教文化上的因素？
- 會威脅到個人隱私嗎？

分析：

1. 個人專業 / 家庭背景 / 醫護人員會影響病人之醫療決定嗎？  
病人意識不清，無法做主，藉由醫護團隊詳細解釋，使病人家屬了解疾病的嚴重度及預後，進而選擇對病人最好的醫療決定
2. 有無社會經濟、法律、政治、宗教文化上的因素？如果長期需要呼吸器，以及全天候看護（例如入住呼吸照護病房RCW），長期會有一筆不小的費用

## 2. 結論：

在決擇撤除維生設備時，應建立完善的撤除維生設備前、中、後照護計畫，且須經過嚴謹的醫療評估與倫理面、法律面作為考量。希望在維護病人的「善終權」時，也能保障醫師免於刑責或醫療糾紛。

病人透過醫療服務提供者及親屬溝通，討論專屬的預立醫療指示(Advance Directive, AD)，並可指定醫療委任代理人，在病人意識不清或昏迷時代為醫療決策，才能使病人得到善終、家屬善生。

### 3. 討論：

- 甲員：拔管可能是對病人照護的選項之一。
- 乙員：個案病人已腦死，家屬已於11/17簽屬DNR，然11/23又為何在詢問家屬後再次插管，此做法是否與安寧緩和條例的相關規範有所不符？需進一步了解。
- 甲員：在美國由於醫療資源珍貴，當醫療人員看到簽屬DNR後，不會再詢問家屬的意見。
- 丙員：國內和國外有明顯的不同，醫療法有許多地方規定的不清不楚，遇到問題趕快救，同時有親等的區分，具有醫療上的特殊性。在台灣，即使病人或家屬已簽署DNR，但還是會做其他的急救。

## 醫學倫理個案摘要2:

王先生88歲，育有三子，病人因胰臟膿瘍併發敗血症，插置氣管內管轉入加護病房，治療期間因敗血性休克合併急性成人呼吸窘迫症候群(ARDS)、急性腎衰竭、腸胃道出血等多重器官衰竭現象，病人小兒子表示希望採取支持性療法，不希望病人受苦，故簽署DNR同意書，但大兒子表示除了不電擊、壓胸外，其他的醫療措施皆需要提供。

面對病況改變時，醫療團隊對於家屬間意見不一致，醫療團隊提供照護上應考量哪些？

## 一、討論議題：

1. 當您面對家屬間所提出的醫療意願不一致時，您會考量哪些層面？如何協助？
2. 家屬成員中已簽署DNR同意書，但其中有其他家屬反對，醫療團隊該如何協助？
3. 面對特別強勢的家屬，團隊該如何處理以避免產生醫療糾紛？
4. 對於此病人最近親屬應為配偶或是兒子？

## 二、適切的觀點及看法：

- 1.若家屬已簽署DNR，卻有其他家屬反對，應先確定病人是否為末期病人，此DNR才具有法律效力。
- 2.當家屬間醫療意願不一致時，醫療團隊先傾聽家屬的考量，同理面對病人狀況改變的無助及必須作抉擇的兩難，提供情緒支持。應詢問家屬病人於意識清楚時對於生命或是醫療抉擇的想法為何，與家屬討論尊重病人意願的可能，若無法有共識，可以尋求跨團隊協助，如會診社工師、諮商心理師或安寧療護，倫理諮詢。
- 3.當面對家屬對醫療決策或意願不一致時，醫療團隊應安排家庭會議，了解家屬決策背後的想法與考量，醫療團隊先說明病人目前病情及疾病可能的進展，醫療處置的選項，讓家屬充分了解利弊得失後，藉由醫療團隊之專業能力，充分評估並提供完整的醫療照護，幫助病人及家屬討論病人自主及最大利益

## 醫療適應性考量：行善與不傷害原則

1. 病人目前主要醫療問題是胰臟膿瘍併發敗血症休克合併ARDS、急性腎衰竭腸胃道出血等多重器官衰竭現象，危及生命的急症，無法確認疾病是否可逆。
2. 治療目標應為急性照護，控制感染與緩和器官衰竭。
3. 敗血性休克升壓劑使用至極限，若仍無效果時不建議治療。
4. 胰臟膿瘍併發敗血症使用抗生素及升壓劑治療，可能有治癒的機會，但**ARDS的死亡率一般仍高達40%至70%**，死亡原因常見為**多重器官衰竭**。
5. 多重器官衰竭死亡率，依衰竭器官數目增加而增高，1個器官者的死亡率為30%，**累積2個者的死亡率為50%-60%**，**累積3個以上者的死亡率為72%-100%**。死亡率也與病人的年齡、病因和基礎病變等因素有關。插管治療或許可以暫時控制呼吸衰竭的情形，但無法遏止其他器官持續衰竭甚至死亡。
6. 病人可以受惠於醫療照護，並可能有治癒的可能性，但也可能出現須依賴呼吸器維生的狀況。



## 病人偏好考量：尊重與自主原則

1. 病人意識不清，且虛弱，無法清楚表達意願，故無法在被告知治療好處與風險及理解的情況下，接受治療。
2. 病人目前為失能狀態。
3. 病人在有行為能力時，未表達治療偏好。
4. 病人在喪失行為能力前，未表達治療意願。
5. 依據「安寧緩和醫療條例」第七條：**末期病人意識昏迷**或無法清楚表達意願時，由其最近親屬出具同意書代替之。因病人無行為能力，在有行為能力時，未表達治療偏好，**太太**為適當的代理人，可為失能病人做決定。

## 生活品質考量：行善、不傷害與自主原則

1. 接受治療後，病人可能需要一輩子依賴他人及醫療的持續性照顧。病人可能因缺氧而損傷腦部，無法表達也無法吞嚥進食，須接受管灌飲食，營養可能不容易吸收。修護能力變差，給予額外的營養素及抗生素，可能無益。器官可能日漸惡化，若須長期臥床者，翻身或移位必須依賴他人協助，日久可能會皮膚受損，增加病人不適。
2. 照顧者擔心病人面對不可回復健康狀態影響生活品質，而使病人受苦。
3. 病人因敗血症，引發休克合併多重器官衰竭，且病人在有行為能力前未表達治療意願，可經醫療團隊評估病人病情現況及未來狀況，做為**是否適用安寧緩和醫療條例**的判斷依據。
4. 病人生命可能因插管及醫療措施而暫時得到延續，獲得接受進一步治療的機會，但對於病程已無法逆轉的病況，無法拯救或增進其生活品質，反而可能使其受苦並增加病人及親屬的身心負擔。如果沒有適當的證據足以顯示失能病患的偏好，則應以**病人最大利益**作為醫療決定的基礎。
5. 無自殺的法律與倫理的立場。

## 其他情境考量：正義原則

1. 無專業、專業間、及商業上的利益，在臨床治療病人上造成利益衝突。
2. 無臨床人員關注治療決定。
3. 病人的守密不會因法定或第三者的利益會有所限制。
4. 無經濟因素造成臨床決策上利益衝突。
5. 無健康資源分配不足影響臨床決定。
6. 無宗教的問題影響臨床決定。
7. 影響臨床決定的法律問題為**(1)**必須有兩位與該末期疾病的相關專科醫師，診斷為生命末期，**(2)**得經醫療委任代理人或至親之親屬（包括配偶、子女、孫子女及父母）一致共同簽署「終止或撤除心肺復甦術同意書」。
8. 無臨床研究與教育的考慮會影響臨床決定。
9. 無公共衛生與公共安全會影響臨床決定。
10. 無組織與機構(醫院)之利益衝突會影響臨床決定與病人福祉。

## 供參建議

1. 當家屬間醫療決策不一致時，醫療團隊應召開家庭會議，除了說明目前病況及預後，亦可讓家屬彼此溝通，減少決策過程中產生的衝突。【行善不傷害與自主原則】

2. 醫療團隊除了治療病人外，也要了解家屬的想法或是擔心，除了解釋醫療相關治療外，應會診社工師或安寧團隊作為醫療團隊和家屬之間溝通橋樑，而醫師也要向家屬表達在其商量討論期間會盡其所能提供照護病人，為病人做出最適當的醫療措施。

### 【行善與不傷害原則】

3. 避免醫護人員面臨類似個案無所適從，應安排倫理與法律相關議題在職教育，如推廣預立醫療自主計畫、實際案例討論，分享經驗，加強緩和醫療及倫理概念。【行善與不傷害原則、自主原則】

### 三、總結：

（一）面對不同家屬所提出的醫療期待不一致時，應能先了解家屬對於疾病的認知及做決策的考量。

（二）藉由團隊會議達成醫療團隊人員彼此間的共識，再與家屬**安排家庭會議**了解每位家屬的想法及擔心，提供同理並說明或許可以澄清誤解，也可以讓家屬在做決策時有更周全的考量，才能提供一個較圓滿的決策。。

（三）藉由醫療團隊之專業能力，充分評估並提供完整的醫療照護，幫助病人及家屬**討論病人自主及最大利益**。。

## 醫療代理人之倫理議題討論 三

(自主原則、行善原則)

案例說明：

一名七十歲女性，已婚，育有一男三女，目前獨居。因骨折入院，病人家屬(媳婦)隱瞞住院訊息，導致女兒與親友皆無法探視，病人弟弟致電尋求社會服務室協助。

經系統查詢資訊，病人意識清楚入住加護病房，住院系統 show 『I (院內不公開訪客)』，回覆家屬表達病人拒絕訪客查詢，無法透漏資訊，家屬對院方回應感到不悅。社工師與病人再次進行協調，並獲得其同意讓女兒、弟弟探視。隔天晚上會客時間，病人家屬(媳婦)大發雷霆，表示醫院擅自洩露病患資訊，質疑院方在電話中辨識身分有問題，張言要告醫院，已報警處理及聯絡律師，並要向媒體暴露。

事發後，家屬欲將個案轉院，衍生爭議，孫女(PGY 醫師)主張媳婦為病人醫療代理人，為什麼不能全權決定病人的醫療決策？

倫理困境：

1. 對病人及家屬行善，至少團隊不受傷害(被家屬訪客怒罵、指責)：
  - (一)、針對電話的請託案件，當家屬間衝突及意見不一致所衍生爭議，我們的立場該如何？
2. 病人自主：
  - (一)、簽署人身分？(本案為案孫於住院同意書上，簽註不同意公開訪客查詢)
  - (二)、電話身分辨識？
  - (三)、病人意識清楚，誰有權利決定病人相關醫療決策？
  - (四)、本院針對醫療代理人的定義及運作爭議？
  - (五)、家屬意見衝突時，法律上決策順位？

## 決議及建議：

- 一、 由於電話中無法確認對方身分，根據《醫療法》及《個人資料保護法》規定，有關病歷、醫療、健康檢查及犯罪前科之個人資料，不得蒐集、處理或利用，未取得病人同意前，醫療機構及其人員因業務而知悉持有病人之病情，不得無故洩漏。
- 二、 醫療代理人係屬意定代理人，依照《病人自主權利法》及《安寧緩和醫療條例》來預立，病人意識迷糊或無法表達清楚時，書面證明委任且得完成註記預立醫囑(ACP)，醫療代理人才能表示具有代表他人行使權利；病人在意識清楚的情況下，可以撤換醫療代理人，且所做得決定具有法律效力，程序上得要有記錄作為依據。
- 三、 針對同意書簽屬欄位，《醫療法》規定只有關係人才能簽字，醫療工作者並不是關係人身分，當病人之病情急迫時不再此限。
- 四、 法律上順位依照《安寧緩和醫療條例》規定，由最近親屬出具同意書，只要由其中一人簽署即可。若親屬間意見不同時，依先後定其順序決定，若第二順位者同意但第一順位者不同意時，應不宜施行。



**108.1.6**起施行的《病人自主權利法》，目的為尊重病人醫療自主，保障其善終權益，促進醫病關係和諧。

「**預立醫療決定**」，必須具備法定條件即一定程序：  
**條件**方面必須是具「**完全的行為能力之人**」，才可以預立醫療決定（《病人自主權利法》第8條第1項）。

**程序**必須符合：

- 1.經醫療機構提供「**預立醫療照護諮商**」，並經其於預立醫療決定上**核章證明**；
- 2.經公證人公證或具完全行為能力者二人以上**在場見證**；
- 3.經註記於「**全民健康保險憑證**」（《病人自主權利法》第9條第1項）。

找「見證人」時，也應注意不得有下述消極資格之情事，即意願人的「醫療委任代理人」、**主責照護醫療團隊成員**、意願人的受遺贈人、**意願人遺體或器官指定的受贈人**，及其他因意願人死亡而獲得利益之人不得擔任「見證人」（參見《病人自主權利法》第9條第4項）。

想做「預立醫療決定」的條件之一，必須有「醫療機構」提供「預立醫療照護諮商」。其乃指病人與醫療服務提供者、親屬或其他相關人士所進行的溝通過程，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，對病人應提供的適當照護方式，以及病人得接受或拒絕的維持生命治療與人工營養及流體餵養（《病人自主權利法》第3條第6款）。

病人進行前述的「預立醫療照護諮商」須注意以下三點：

1.須有「醫療委任代理人」參與。「醫療委任代理人」乃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（《病人自主權利法》第3條第5款）。

2.「醫療委任代理人」資格方面，可分積極資格、消極資格；**積極資格必須是20歲以上具完全行為能力之人**，始得任之。

3.另下列者，除意願人的繼承人外，不得為擔任：意願人的受遺贈人、意願人的遺體或器官指定的受贈人、其他因意願人死亡而獲得利益的人（《病人自主權利法》第10條第1項、第2項）。

## 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

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。

## 承上題，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







《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

# 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。

# 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：

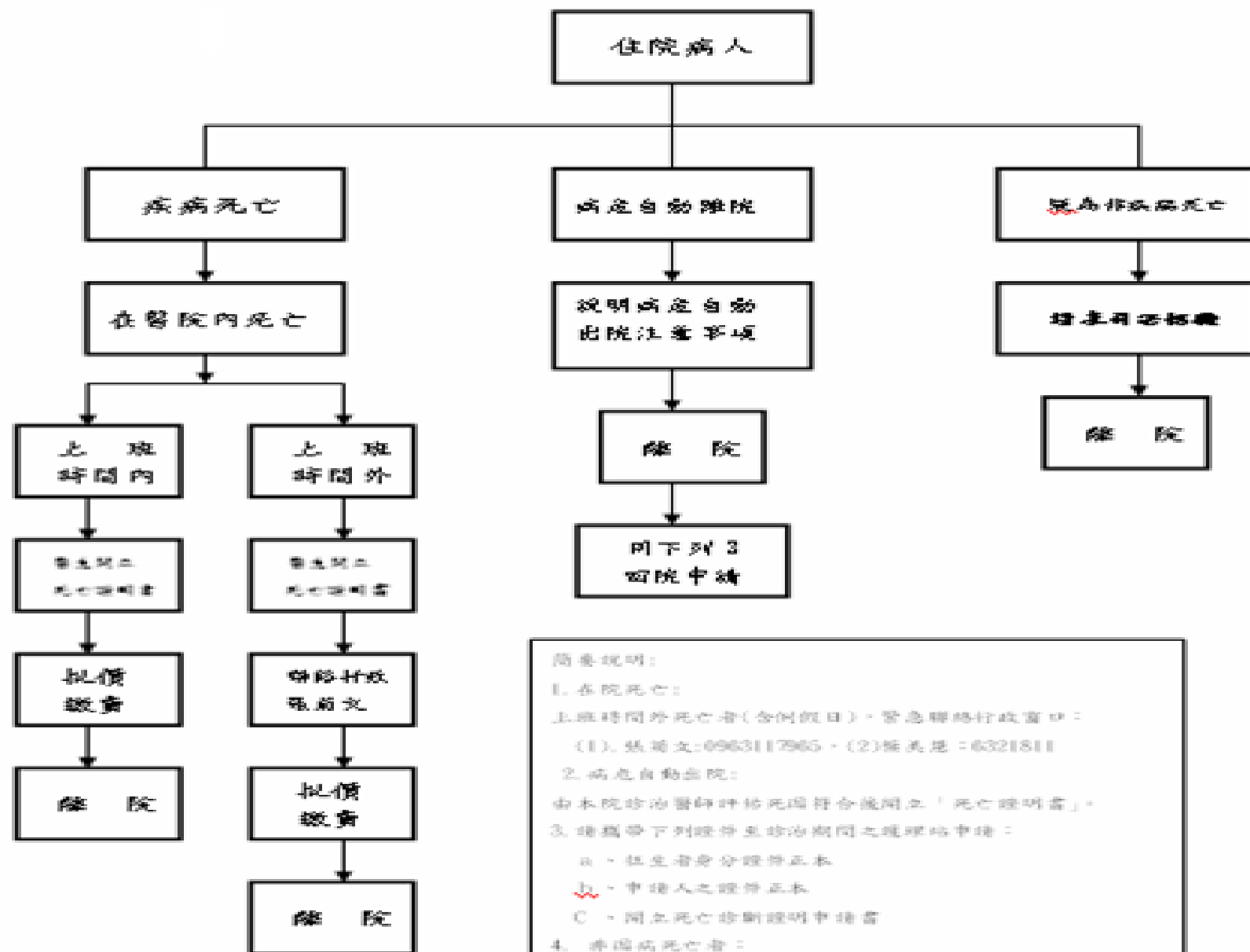
## 一、行政相驗（衛生所）：

（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。

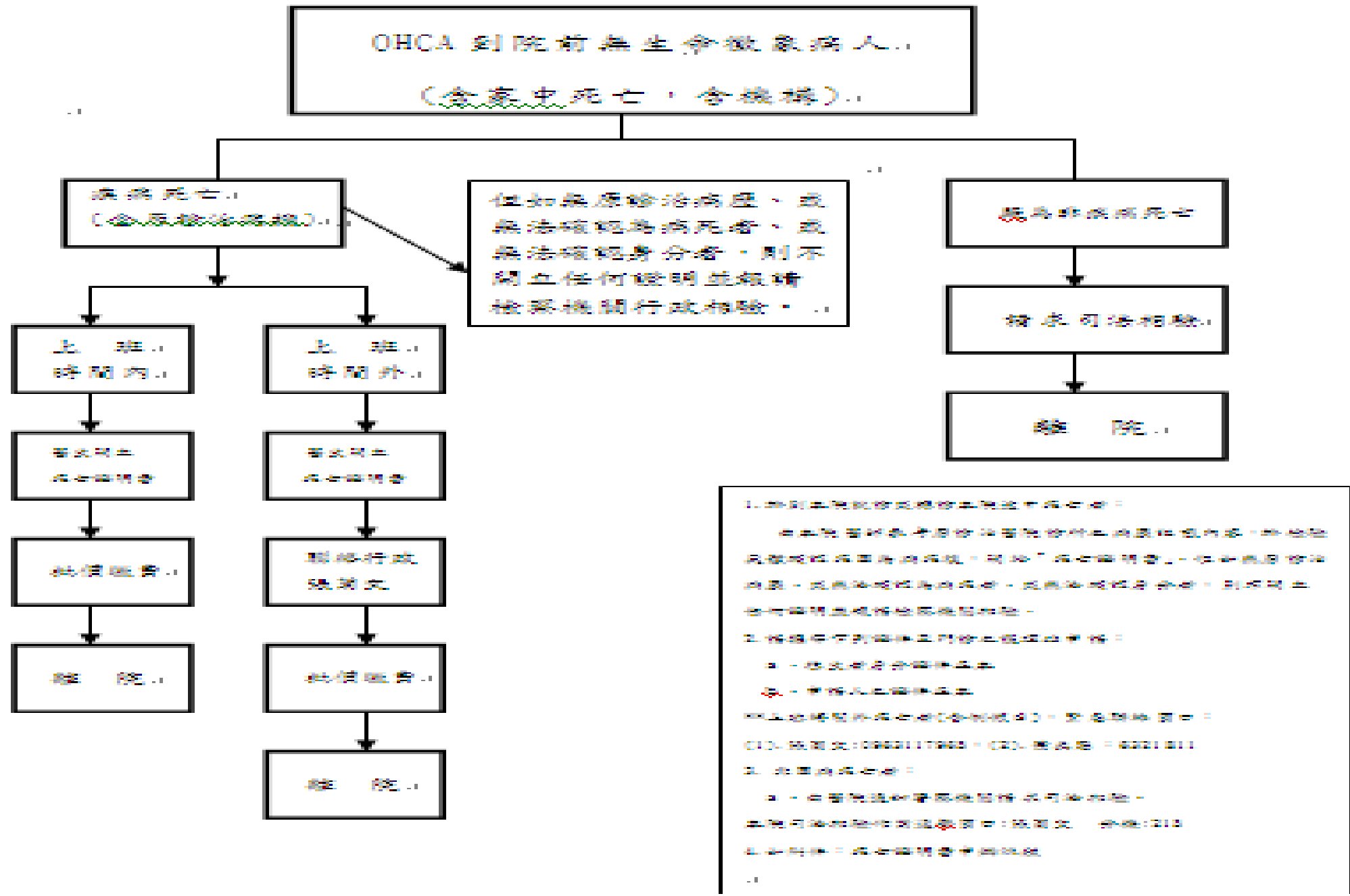
# 開立死亡證明書標準作業流程(住院病人)



簡要說明:

1. 在院死亡:  
上班時間外死亡者(含例假日), 緊急聯絡行政窗口:  
(1) 張英文: 0963117966, (2) 蔡美慧: 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. 往生者身分證正本  
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來司法相驗。  
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)



# 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： 診療經過： 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：			
6323009)		受理通報單位：新登分局勤務指揮中心(TEL:06: 6331883; FAX:06- ※ 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

