

急診病人侵入性檢查及 治療同意書簽署人之研究

李芳年^{1,2,*}

目標：醫病關係中，病人是醫療之主體，而醫師說明義務之對象是病人，也「僅限於」病人。本研究藉急診病患侵入性檢查或治療同意書簽署人之研究，瞭解同意書簽署由誰來簽具，希望促使醫師致力於向病人本身做「告知後同意」的說明義務，以符醫學倫理訴求。**方法：**利用某醫院急診就診病患之病歷，回溯病歷之侵入性檢查或治療同意書簽署人，進行T-test與MANOVA統計分析，瞭解同意書簽署由誰來簽具。**結果：**依原始分析樣本252事件(234位病人)，由本人簽署僅81例(32.14%)。依檢傷級數狀態分析簽署同意人，檢傷級數一級者皆非本人簽署，達統計顯著差異($F=16.101$ ； $p=0.000$)，各檢傷級數組間內的病人意識清醒狀態不影響統計結果；依年齡級數(<20、20~65、>65)分析，小於20歲者主要由父母簽署、大於65歲者主要由子女簽署，達統計顯著差異($F=9.938$ ； $p=0.000$)，各組間內的病人意識清醒狀態不影響統計結果；依男女性別分析達統計顯著差異($F=5.077$ ； $p=0.025$)；用檢查與治療類別分析也達統計顯著差異($F=4.806$ ； $p=0.029$)。若將性命危急與意識不清的病人抽離後再次分析，分析意識完全清醒的病人樣本209事件(198位病人)，由本人簽署僅81例(38.76%)。依年齡級數(<20、20~65、>65)分析，小於20歲者主要由父母簽署、大於65歲者主要由子女簽署，達統計顯著差異($F=17.181$ ； $p=0.000$)。**結論：**同意書的當事人是由病人本人簽署，當病人意識清醒時，侵入性檢查或治療的說明應向病人為之，而且也必須由病人本人行使同意權；如果病人為未成年人，則應該有法定代理人的同意。醫師應更致力於向病人本身做「告知後同意」的說明義務。(台灣衛誌 2010；29(1)：65-75)

關鍵詞：告知後同意、同意書、急診

前 言

「告知後同意」建立在病人的自我決定權(self-determination)上，美國大法官Cardozo (Justice Benjamin Cardozo)在1914年就清楚揭示：「“Every human being of adult

years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body...”(每一個心智健全的成年人，都有權利決定其身體要作如何之處置。)」[1]，而自我決定權意味著患者對於施行在自己身上的醫療行為所可能造成的傷害及危險性，都有選擇承受和不承受的權利，無論這樣的決定在一般人眼中是否係出於理性的決定，醫護人員都必須基於對於自我決定權的尊重，以患者自身之決定作為施行或不施行醫療行為之準則[2]，誠如《聖經》視血為神聖，吩咐人要禁戒血。耶和華見證人信徒按照聖經原則即明白表示患者得拒絕救命的輸血，亦按個

¹ 行政院衛生署基隆醫院急診科

² 國立台北大學企業管理學系

* 通訊作者：李芳年

聯絡地址：基隆市信二路268號

E-mail: fnlii@ms10.hinet.net

投稿日期：98年9月21日

接受日期：99年1月15日

人良心決定是否接受器官移植[3]。自1957年加州上訴法院對Salgo v Leland Stanford Jr University Board of Trustees案例的判決起[4]，告知後同意學說已牢牢地植根於現代醫學倫理和法律中。在此判決中，法院裁定「醫生如果對一個病人在不同的治療選擇建議上，隱瞞任何對其理性告知後同意所必需的基礎事實，該醫生就侵犯了他的責任、他的病人…。」[5]

告知後同意法則主張病人是醫療的主體，醫師應該尊重病人的自主權，醫療措施要得到病人的告知後同意，告知是醫師的義務，同意是病人的權利[6]。醫病關係中，病人是醫療的主體，醫師說明義務之對象是病人，也「僅限於」病人。除非在病人陷於意識昏迷時，具有「代理人」身份的家屬才會成為接受醫療資訊之主體，否則病患之家屬在法律上，並不具備任何特殊的地位參與醫療決策[7]。

以往，只要醫師取得病人或家屬形式上的手術同意書或麻醉同意書，在法律上就逕認已得病人之同意[8]。然而最高法院2005年台上字第2676號判決中認為，醫師在為病人進行心導管手術檢查之前，必須實質地向病人及家屬說明心導管檢查具有死亡風險，如果僅是透過護士交給病人載有說明手術風險的同意書要求病人簽名，醫師仍屬未盡說明義務，認定醫師有醫療過失[9]。

對於「告知後同意」的我國相關法律條文，可見於醫師法第12-1條(告知之義務)：「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」，醫療法第63條(手術說明義務)、64條(2004年4月28日新增，侵入性檢查、治療的說明義務)：「1.醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。2.前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。」、79條(人體試驗的說明義務)、81條(治療方針)及本法施行細則

第56條(人體試驗的說明義務)。其它相關特別法則有安寧緩和醫療條例第8條(醫師告知之義務)、優生保健法第11條、精神衛生法第36條。

告知的對象以告知病人本人為原則，依衛生署2004年10月22日衛署醫字第0930218149號文「醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則」中[10]，第二條第二項規定告知之對象為：『1.以告知病人本人為原則。2.病人未明示反對時，亦得告知其配偶或親屬。3.病人為未成年人時，亦須告知其法定代理人。4.若病人意識不清或無決定能力，應告知其法定代理人、配偶、親屬或關係人。5.病人得以書面敘明僅向特定之人告知或對特定對象不予告知。』。

同意書的當事人是由病人本人簽署，當病人意識清醒時，手術的說明應向病人為之，而且也必須由病人本人行使同意權；如果病人為未成年人，則應該有法定代理人的同意[11]。若病人意識不清則由家屬代簽(醫療法第63條、64條均有規定)，另外衛生署「醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則」第三條簽署手術同意書的公告中也指出：『(一)手術同意書除下列情形外，應由病人親自簽名：1.病人為未成年人或因故無法為同意之表示時，得由醫療法規定之人員(法定代理人、配偶、親屬或關係人)簽名。2.病人之關係人，原則上係指與病人有特別密切關係人，如同居人、摯友等；或依法令或契約關係，對病人負有保護義務之人，如監護人、少年保護官、學校教職員、肇事駕駛人、軍警消防人員等。3.病人不識字、亦無配偶、親屬或關係人可簽手術同意書時，得以按指印代替簽名，惟應有二名見證人。(二)同意書之簽具，亦得請病人之親友為見證人，如病人無配偶、親屬可為見證人時，可請其關係人為之，證明病人已同意簽署同意書。』

但若病人意識不清，家屬(配偶、親屬或關係人)之間有可能意見不一(同意或不同意手術)，何者意見才有效呢？應類推適用安寧緩和醫療條例第七條(不施行心肺復甦

術)第三項「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[12]。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、兄弟姊妹。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的規定，決定出具同意書之家屬。

藉急診病患侵入性檢查或治療同意書簽署人之研究，來瞭解同意書簽署由誰來決定與簽具，病人本身到底決定多少？或是由家屬以「家屬父權」模式基於保護病人的心態，會父權式地替病患過濾醫療資訊、作醫療決定[7]。研究結果希望促使醫師致力於向病人本身做「告知後同意」的說明義務，以符醫學倫理訴求。

材料與方法

本研究利用某區域級教學醫院2008年1月1日至2008年2月29日急診就診病患之病歷，該醫院急診就醫量約為每月5,000人次，篩選出在急診治療處置階段接受侵入性檢查或治療者，本研究對侵入性檢查定義為：靜脈注射腎盂攝影(IVP)、胃鏡、需打顯影劑之電腦斷層(contrast CT)，與侵入性治療定義為：氣管內管插管(ET-tube)、中央靜脈導管置入(CVP)、胸管置入(chest-tube)、穿刺檢查。回溯病歷之侵入性檢查或治療同意書簽署人，區分為『病患本人、配偶、子女(媳婿)、父母、兄弟姐妹、其他親屬、非親屬』等七類，探究其同意書簽具由誰來決定與簽具，病人本身到底決定多少？意識清醒狀態依葛氏昏迷指數(Glasgow Coma Scale) [詳如附表一]計算，並依病人確定診斷時的急診檢傷級數[13]、年齡層級距(定義為年齡<20、20-65、年齡>65三個

級距)、病危與非病危狀態、男女性別、檢查相對治療類別、各檢查或治療項目間是否有統計差異進行研究分析，統計軟體利用SPSS 15.0進行T-test與MANOVA統計分析， p 值>0.05表示未達統計上的顯著意義。

結 果

原始收集樣本共267個接受侵入性檢查或治療的事件，其中10位病患的13件(4.87%)事件未簽署任何同意書或在病歷記錄中有病人或親屬的簽名，此13件事件詳細資料請見表一，其中編號2與10的兩位病患是為到院前心肺功能停止病患(Out Of Hospital Cardiac Arrest-OHCA)，昏迷指數3分，接受緊急氣管內管插管(ET-tube)與中央靜脈導管置入(CVP)的處置，編號5病患是創傷性腦內出血(Traumatic intracranial hemorrhage-Traumatic ICH)，昏迷指數3分，接受緊急氣管內管插管處置，編號6病患是創傷性腦部蜘蛛膜下腔出血(Traumatic subarachnoid hemorrhage-Traumatic SAH)，昏迷指數3分，接受緊急氣管內管插管與中央靜脈導管置入的處置，此7件事件雖然可用醫療法第63條的緊急但書「但情況緊急者，不在此限。」來阻卻違法，但其他6件則是醫護人員的明顯疏忽，沒有完成應有的侵入性檢查、處置同意書簽署文件。另有2個子宮內膜刮除手術先不列入此次分析。

同意書簽具完整的分析樣本為252事件(234位病人)，即使在同一病人身上可能接受2種以上的侵入性檢查或治療，但每一件侵入性檢查或治療都是獨立不相關的事件，各有其不同的益處與相關風險，因此分析資料仍以個別事件來分析。由本人簽具者僅有81例(32.14%)，其他簽具人則為配偶48例(19.05%)、子女(媳婿)88例(34.92%)、父母9例(3.57%)、兄弟姐妹8例(3.17%)、其他親屬7例(2.78%)、非親屬11例(4.37%)。依意識昏迷指數(15分與3-14分兩組)、急診檢傷級數、年齡層級距(定義為年齡<20、20-65、年齡>65三個級距)、病危與非病危狀態、男女性別、各檢查或治療項目的各種同意書

簽具人的詳細資料整理請見表二。

依意識昏迷指數分清醒(15分)與非清醒兩組(209例vs 43例)做比較，清醒組雖然以本人簽署81例、其次子女簽署66例與配偶簽署41例居多，相對於非清醒組的子女簽署22例與配偶簽署7例為主，而有統計學上差異($F=4.663$ ； $p=0.032$)；但由本人簽署的81例僅佔清醒組209例中的38.76%。

依行政院衛生署2000年所公布的急診檢傷級數標準，其分級精神簡述如下：「檢傷分類第一級：病況危急，如不立即處理將危及生命者，應立即處理；檢傷分類第二級：符合急診條件，雖不會立即危及生命，但病人相當痛苦，或生命徵象異常，應在十分鐘內處理；檢傷分類第三級：符合急診條件，但不屬於第二級者，應在十分鐘內處理；檢傷分類第四級：不符合急診條件，應可延後處理或勸說去看門診。」如採急診檢傷級數狀態分析簽署同意人，檢傷級數一級者皆非本人簽署，與檢傷級數二、三級的簽署人達統計顯著差異($F=16.101$ ； $p=0.000$)，各檢傷級數組別內的病人意識清醒狀態不影響統計結果(MANOVA test Hotelling's Trace：

$F=53.368$ ； $p=0.000$ ，Bonferroni事後分析顯示主要差異來自檢傷一級與其他二、三級，結果分別為一二級 $p=0.000$ 、一三級 $p=0.000$ 與二三級 $p=0.364$)；依年齡級數(<20、20~65、>65)分析，小於20歲者主要由父母簽署、大於65歲者主要由子女簽署，達統計顯著差異($F=9.938$ ； $p=0.000$)，各年齡級數組內的病人意識清醒狀態不影響統計結果(MANOVA test Hotelling's Trace： $F=6.711$ ； $p=0.000$ ，Bonferroni事後分析顯示主要差異來自年齡級數<20與>65的兩組，結果分別為1、2組 $p=0.009$ 及2、3組 $p=0.001$ 與1、3組 $p=0.121$)；依男女性別分析達統計顯著差異($F=5.077$ ； $p=0.025$)，男性以本人簽署53例、其次子女簽署40例與配偶簽署30例居多，相對於女性組的子女簽署48例、本人簽署28例與配偶簽署18例為主；用檢查與治療類別分析也達統計顯著差異($F=4.806$ ； $p=0.029$)，檢查類以本人簽署80例、其次子女簽署69例與配偶簽署40例居多，而治療類則以子女簽署19例與配偶簽署7例為多。

依病危與非病危狀態分析簽署同意人

表一 13件(10位病患)未簽署同意書事件詳細資料

病患編號	性別	年齡	檢傷級數	昏迷指數	病危	主診斷	處置
1	女	63	3	15	否	P.U.D.*	contrast CT
2	男	53	1	3	是	OHCA**	ET-tube
2	男	53	1	3	是	OHCA	CVP
3	女	66	2	15	否	Cholecystitis	contrast CT
4	女	52	3	15	否	P.U.D.	胃鏡
5	男	60	1	3	是	Traumatic ICH***	ET-tube
6	男	56	1	3	是	Traumatic SAH****	ET-tube
6	男	56	1	3	是	Traumatic SAH	CVP
7	男	45	2	15	否	Elbow fasciitis	contrast CT
8	男	34	1	13	是	Multiple cutting laceration wounds	CVP
9	男	66	2	15	否	Gall Bladder Stones	contrast CT
10	男	24	1	3	是	OHCA	ET-tube
10	男	24	1	3	是	OHCA	CVP

* P.U.D.：peptic ulcer disease

** OHCA：Out-of-Hospital cardiac Arrest

*** ICH：intracranial hemorrhage

**** SAH：subarachnoid hemorrhage

表二 急診病人侵入性檢查及治療同意書簽署人分析結果(原始252事件)

簽具人	本人	配偶	子女 媳婿	父母	兄弟 姊妹	其他 親屬	非 親屬	F值 p值	統計 差異
全體	81	48	88	9	8	7	11		
昏迷指數								4.663	*
15分	81	41	66	7	5	4	5	0.032	
3-14分	0	7	22	2	3	3	6		
檢傷								16.101	*
一級	0	9	19	2	2	2	6	0.000	
二級	49	21	52	5	4	2	5		
三級	32	18	17	2	2	3	0		
年齡(歲)								9.938	*
<20	0	0	0	3	0	1	0	0.000	
20-65	74	42	14	6	8	4	9		
>65	7	6	64	0	0	2	2		
病危狀態								2.764	
非病危	81	40	64	6	5	4	5	0.098	
病危	0	8	24	3	3	3	6		
性別								5.077	*
男	53	30	40	4	5	1	11	0.025	
女	28	18	48	5	3	6	0		
侵入性檢查								1.852	
IVP	7	1	3	1	0	0	0	0.159	
胃鏡	39	22	26	4	3	0	3		
Contrast CT	34	18	40	3	3	5	2		
侵入性治療								8.156	**
ET-tube	0	5	7	0	2	1	4	0.000	
CVP	0	2	11	1	0	1	2		
Chest-tube	0	0	1	0	0	0	0		
穿刺	1	0	0	0	0	0	0		

* 達統計差異

** 雖然 $p=0.000$ ，但許多欄位數值 <1 ，不列入統計差異

($F=2.764$ ； $p=0.098$)、檢查類別細項分析($F=1.852$ ； $p=0.159$)，則未達統計顯著差異。

若將性命危急與意識不清的病人抽離後再次分析，分析意識完全清醒的病人樣本209事件(198位病人)，由本人簽署僅81例(38.76%)，其次為子女(媳婿)66例(31.58%)與配偶41例(19.62%)居多，另父母7例(3.35%)、兄弟姐妹5例(2.39%)、其他親屬4例(1.91%)，甚至有由非親屬簽署5例(2.39%)。依急診檢傷級數、年齡層級距(定義為年齡 <20 、 $20-65$ 、年齡 >65 三個級

距)、病危與非病危狀態、男女性別、各檢查或治療項目的各種同意書簽具人的詳細資料整理請見表三。若依年齡級數(<20 、 $20\sim65$ 、 >65)分析，則小於20歲者主要由父母簽署、大於65歲者主要由子女簽署，達統計顯著差異($F=17.181$ ； $p=0.000$)，Bonferroni事後分析顯示各年齡級數組別間都有差異，結果分別為1、2組 $p=0.000$ 及2、3組 $p=0.000$ 與1、3組 $p=0.035$ 。

如採急診檢傷級數狀態分析簽署同意人，檢傷級數一級與檢傷級數二、三級間未達統計顯著差異($F=1.973$ ； $p=0.142$)。

表三 清醒的急診病人侵入性檢查及治療同意書簽署人分析結果(209事件/198位病人)

簽具人	本人	配偶	子女 媳婿	父母	兄弟 姊妹	其他 親屬	非 親屬	F值 p值	統計 差異
昏迷指數									
15分	81	41	66	7	5	4	5		
檢傷								1.973	
一級	0	3	6	1	0	0	0	0.142	
二級	49	20	43	4	3	2	5		
三級	32	18	17	2	2	2	0		
年齡(歲)								17.181	*
<20	0	0	0	3	0	1	0	0.000	
20-65	74	36	13	4	5	2	4		
>65	7	5	53	0	0	1	1		
病危狀態								1.657	
非病危	81	38	58	6	4	3	5	0.199	
病危	0	3	8	1	1	1	0		
性別								0.570	
男	53	25	29	2	3	1	5	0.451	
女	28	16	37	5	2	3	0		
侵入性檢查								0.752	
IVP	7	1	3	1	0	0	0	0.522	
胃鏡	39	22	25	4	3	0	3		
Contrast CT	34	17	35	2	2	4	2		
侵入性治療								0.669	
ET-tube	0	0	0	0	0	0	0	0.513	
CVP	0	1	3	0	0	0	0		
Chest-tube	0	0	0	0	0	0	0		
穿刺	1	0	0	0	0	0	0		

* 達統計差異

依病危與非病危狀態分析簽署同意人($F = 1.657$; $p = 0.199$)、男女性別分析($F = 0.570$; $p = 0.451$)、檢查與治療類別分析($F = 0.925$; $p = 0.337$)、檢查類別細項分析($F = 0.752$; $p = 0.512$)、治療類別細項分析($F = 0.669$; $p = 0.513$)，皆未達統計顯著差異。

討 論

本研究發現，研究群體267例中有13例(4.9%)未簽署同意書，顯示醫護同仁對於告知後同意的同意書簽署尚有不瞭解而未徹底執行之處，應對同仁們再加強教育宣導。而同意書由本人簽署僅有81例(32.14%)，甚至

有非親屬人物簽署同意書9例(3.6%) (其中在病人意識清醒的狀態下，竟有5例由非親屬人物簽署同意書，甚至4例是由朋友簽具)，醫師應更致力於向病人本身做「告知後同意」的說明義務。醫護同仁在取得同意書之時，若病人本身無法簽署，應請其最近親屬依安寧緩和醫療條例第七條(不施行心肺復甦術)第三項之範圍：『一、配偶。二、成人直系血親卑親屬。三、父母。四、兄弟姊妹。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。』的精神，由其法定之代理人完成簽署同意。尤有甚者，醫師對患者的醫療資訊有一保密義務，非經患者允許或有法律明定，也不可以向患者以外的第三人進行告知[14]，此處可看出

我們的醫護同仁仍有對相關法律規範認識不足的地方，應更加強此方面的教育訓練。

檢傷分類第一級與病危狀態者其就診時的意識狀態並非都不好，「病危」病人並非都是沒有意識能力的，諸如「急性心肌梗塞」病人，是因嚴重胸痛到院，但神智清醒能自我判斷與表達意見，對這些神智清醒的「病危」病人，仍應向其本人說明取得告知後同意。在本研究的案例中，其中檢傷分類第一級與病危狀態者有14例(占252例的5.56%)病人當時其昏迷指數是完全清醒的15分，縱使其體力虛弱無法親自簽署同意書，醫護人員仍應努力向病人本身告知說明，在病人本身清楚同意接受侵入性檢查或治療的同意後，由其法定代理人代為簽署同意書，且最好在同同意書上加註是病人本身清楚同意並授權由其法定代理人代為簽署同意書，來達到「告知後同意」的說明義務精神以符醫學倫理訴求。

至於未成年人之醫療自主權問題在英美法上亦廣受討論，發展至今的基本處理是：對性病檢測、墮胎等高度隱私的醫療行為，法院採取「成熟的未成年人」(mature minor)原則，也就是當未成年人達一定年齡之後(一般是16歲)，只要其具備事實上的識別能力，就可以獨自對該等醫療行為為告知後同意。此外，英國1969年家族修正法，降低成年年齡至18歲，同時規定「滿十六歲的未成年人對於醫療行為的同意和成年人所為者有同樣的效力(第8條第1項)」[15]，而美國小兒科學會對於醫治未成年人的醫師所提出的指導方針，亦是採取比較寬鬆的標準，其指示：「13歲以上未成年人，可以以書面同意非急需的手術或醫療程序；7歲以上未滿13歲的未成年人，在考慮其是否可以理解接受或拒絕醫療程序的意涵，以及其『年齡、疾病、嚴重程度、預後情形、風險、利益』，並經過專家對於其『智力程度、推理能力、情緒狀態』作評估後，可以考慮提供他一個同意醫療的機會。」[16,17]

就我國醫療法第63、64條之規定可知，當醫療機構實施手術或侵入性檢查或治療時，患者為未成年人或無法親自簽具同意書

者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人代為簽具之。就此而言，雖然學說上亦有持贊成之見解，而認為：患者為未成年人時，對於醫師之說明未必有能夠理解，因此醫師應轉向未成年子女之法定代理人(通常是未成年人之父母，民法第1086條參照)說明，並取得其同意[18]，不過民法上成年人之規定，主要是用以界定與確定財產權上之權利義務關係，而醫療同意權之實質意義，並不全然在於醫療契約的制定，還在於接受治療之人的醫療自主權的尊重。因此，在一般醫療行為，患者有無決定能力，原則上應從實際狀況去判斷病人本人是否具有成熟的智識，足以瞭解所進行的醫療行為之內容、效果、影響與風險。循此，即使是一個十七、八歲的未成年人要進行醫療行為，如果其本人完全理解醫療行為的意義、風險、效果與利弊得失，則應尊重本人的意見，而非由法定代理人代為同意[19]。

參考文獻

1. Schloendorff v. Society of New York Hospital, 1914. (no Pub. number in original) 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92. (Apr. 14, 1914).
2. 劉幸義主編：多元價值、寬容與法律：亞圖·考夫曼教授紀念集。台北：五南出版社，2004；111。
3. 路加：使徒行傳 15：28-9，61。
4. Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees, 1957. 154 Cal. App. 2d 560; 317 P.2d 170. (Oct. 22, 1957).
5. Katz J. Reflections on informed consent: 40 years after its birth. J Am Coll Surg 1998; **186**:466-74.
6. 楊秀儀：病人，家屬，社會：論基因年代病患自主權可能之發展。台大法學論叢 2002；**31**：1-31。
7. 楊秀儀：誰來同意？誰作決定？從「告知後同意法則」談病人自主權的理論與實際：美國經驗之考察。台灣法學會學報 1999；**20**：367-410。
8. 王皇玉：台灣醫療糾紛問題的發展新趨勢。台大校友雙月刊 2007；**50**：18-20。
9. 最高法院：刑事裁判書：最高法院刑事判決九十四年度台上字第二六七六號。裁判案由：業務過失致人於死，裁判日期：2006年05月20日。<http://tps.judicial.gov.tw>。引用2008/09/01。
10. 行政院衛生署：衛署醫字第0930218149號文：「醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則」，2004年10月22日。<http://www.doh.gov.tw/>。引用2008/09/01。

11. 薛瑞元：醫療契約與告知義務。月旦法學雜誌 2004；**112**：35-45。
12. 林萍章：新版手術同意書與契約法相關規定之適用。醫事法學 2004；**12**：16-22。
13. 中央健康保險局：檢傷分類概要分級表(附表二)。http://www.nhi.gov.tw/webdata/AttachFiles/Attach_13321_2_%E9%86%AB%E9%99%A2-%E9%99%84%E8%A1%A8.pdf。引用 2008/09/01。
14. 楊秀儀：美國「告知後同意」法則之考察分析。月旦法學雜誌 2005；**121**：138-52。
15. 家永登：「医療とこどもの自己決定」。法律時報 1975；**9**：38。
16. Hanisco CM. Acknowledging the hypocrisy: granting minors the right to choose their medical treatment. NYL Sch J Hum Rts 2000;**16**:899-901.
17. Committee on Pediatric Emergency Medicine. Consent for emergency medical services for children and adolescents. Pediatrics 2003;**111**:703-6.
18. 蔡墩銘：醫事刑法要論。第二版。台北：翰蘆出版社，1995；93。
19. 王皇玉：墮胎罪同意問題之研究—兼評「生育保健法」草案關於人工流產相關規定。月旦法學雜誌 2008；**162**：56。

附表一 葛氏昏迷指數(Glasgow Coma Scale)

分數	張眼反應(E)
4	自動張開眼睛
3	聽從命令張開眼睛
2	對疼痛刺激眼睛才張開
1	全無反應
小計	
分數	發聲反應(V)
5	談話有條理
4	談話語無倫次
3	只會說一些不正確的字
2	只能發聲
1	全無反應
小計	
分數	運動反應(M)
6	聽從命令
5	對疼痛刺激處會用手去除
4	對疼痛有畏縮反應
3	對疼痛有屈關節緊張
2	對疼痛有伸展僵直
1	對疼痛全無反應
小計	
總分	E+V+M之分數總和

註：總分-最高15分，最低3分。9分以下為昏迷(coma)。

附表二 檢傷分類概要分級表

檢傷分類第一級		檢傷分類第二級		檢傷分類第三級	檢傷分類第四級
病況危急，如不立即處理將危及生命者，應立即處理。		符合急診條件，雖不會立即危及生命，但病人相當痛苦，或生命徵象異常，應在十分鐘內處理。		符合急診條件，但不屬於第二級者，應在三十分鐘內處理。	不符合急診條件，應可延後處理或勸說去看門診。
BP	SBP < = 80 mmHg或SBP > = 220 mmHg	220 > SBP > 180 mmHg			
BT	BT > = 41或BT < = 32	40 > BT > 39或35 > BT > 32			
一般	心跳或呼吸停止 呼吸窘迫 轉院病人已插有氣管內管或胸管者				
非創傷	胸痛高度懷疑是心臟原因者 內出血無法控制者 中毒而危及生命者 抽搐不止者 突然或近期昏迷之病人 吸入性傷害或發紺者	突發性神經學症狀 暈眩嚴重者、昏厥但意識恢復者 急性尿滯留 頭痛、腹痛、背痛、腰痛症狀嚴重 心律不整但血壓正常者 胸痛原因不明顯者	解血便、吐血、咳血但生命現象穩定者 頭痛、腹痛、背痛、腰痛、關節痛合乎急診條件者 血尿或renal colic 抽搐已停止 皮膚疹症狀嚴重 服藥過量但意識清楚		
創傷	外傷出血無法控制者 車禍、高處墜落、大而深的傷口、開放性骨折 長骨或骨盆腔骨折者 開放性頭骨破裂、腦組織外露、頭部嚴重畸形 胸腹開放性傷口、內臟外露 氣管破裂或需要建立surgical airway者 頭部或脊椎傷害合併四肢癱瘓者 顏面、會陰燒傷、二或三度燒傷BSA > 40%	可能有骨折者 小的開放性傷口 二或三度燒傷BSA 18-40% 運動傷害之關節腫痛	無傷口之軟組織傷害		
特殊外傷	毒蛇咬傷 大量皮下氣腫 槍傷或尖銳物品穿刺傷	昆蟲螫咬、動物咬傷	動物抓傷		
其他	性侵害受暴婦女 急產	自殺行為或傾向 攻擊性行為			

Who gives informed consent on behalf of emergency patients?

FANG-NIARN LEE^{1,2,*}

Objectives: Informed consent is intended to insure that a patient fully understands the procedures, benefits, and risks involved in a procedure or treatment. Informed consent is necessary not only for ethical and legal reasons, but also to help improve the quality of care and prevent errors. Unfortunately, little is known about who gives informed consent on behalf of patients before a procedure or treatment in an emergency department. This study investigated the signing of informed consent forms by patients or their relatives in such a setting. **Methods:** We conducted a review of medical records from 252 cases (234 patients) from January to February 2008 in a general hospital's emergency department in Northern Taiwan in order to determine who signed the consent forms for patients about to receive invasive examinations or treatment. Data were analyzed using T-test and MANOVA. **Results:** In only 81 cases (32.14%) was the consent form signed by the patient. All of the cases who were assigned triage category-I had the consent forms signed by their parents or other legal guardians. Patient under age 20 had the consent forms signed by their parents, while patient over 65 had consent by proxy. Male patients frequently signed the consent forms themselves, while female patients had consent by proxy. Before invasive procedures, patients frequently signed the consent forms themselves. **Conclusions:** Patients have the right to participate fully in decisions regarding their treatment in order to make decisions that correlate with their personal values. Frequently, this does not happen. Physicians should seek informed consent from patients unless they are incompetent or unconscious. (*Taiwan J Public Health*. 2010;29(1):65-75)

Key Words: *informed consent, consent form, emergency department*

¹ Emergency Department, Keelung Hospital, Department of Health, Executive Yuan, No. 268, Sin 2nd Rd., Keelung, Taiwan, R.O.C.

² Department of Business Administration, National Taipei University, Taipei, Taiwan, R.O.C.

*Correspondence author. E-mail: fnlii@ms10.hinet.net

Received: Sep 21, 2009 Accepted: Jan 15, 2010