

副本

檔 號：
保存年限：

收文日期	113. 4. 18
編 號	0112

新北市政府衛生局 函

地址：220205新北市板橋區英士路192之1號3樓
承辦人：張美鳳
電話：(02)22577155 分機2058
傳真：(02)22557926
電子信箱：AH4971@ntpc.gov.tw

220

新北市板橋區三民路2段37號11樓

受文者：社團法人新北市牙醫師公會

發文日期：中華民國113年4月12日

發文字號：新北衛醫字第1130653965號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：衛生福利部113年4月8日衛部醫字第1131662319號公告及提案申請表影本各1份

主旨：有關病人自主權利法第14條第1項第5款之「病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形」，業經衛生福利部113年4月8日以衛部醫字第1131662319號公告徵求提案，若有相關提案，請逕復該部，請查照。

說明：依衛生福利部113年4月8日衛部醫字第1131662319A號函辦理。

正本：新北市52家醫院

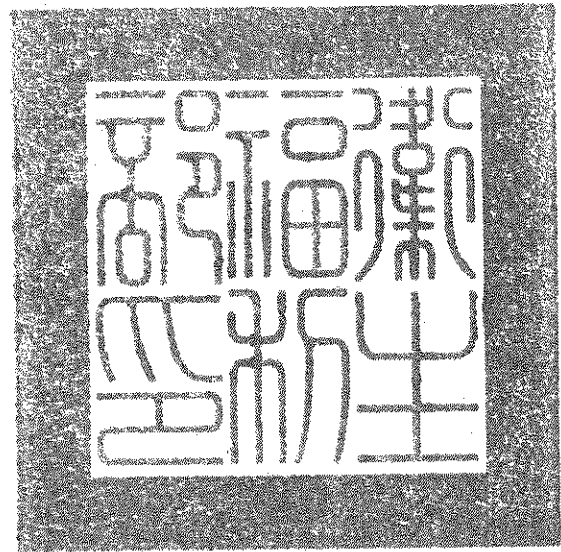
副本：社團法人新北市醫師公會、社團法人新北市中醫師公會、社團法人新北市牙醫師公會

局長 陳潤秋

本案依分層負責規定授權業務主管決行

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國113年4月8日
發文字號：衛部醫字第1131662319號
附件：提案申請表



主旨：公開徵求病人自主權利法第14條第1項第5款「病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形」臨床條件提案。

依據：病人自主權利法第14條第1項第5款及病人自主權利法施行細則第14條。

公告事項：

- 一、受理期程：自公告日起至113年8月31日止。
- 二、受理方式：填具提案申請表（如附件），併同佐證文獻資料寄送本部醫事司。
- 三、聯絡資訊：本部醫事司，電話：（02）8590-6666分機7316，E-mail：mdFa0215@mohw.gov.tw

部長 薛瑞元

病人自主權利法第14條第1項第5款之「病人疾病狀況或痛苦難以忍受、疾病無法治癒且依當時醫療水準無其他合適解決方法之情形」

提案申請表

綜合資料	
提案人	單位名稱/姓名： 連絡電話： 電子郵件： 通訊地址：
疾病名稱	
疾病介紹(ICD-10代碼)及狀態描述	
客觀臨床條件 ^{註1}	
提案理由及說明	
佐證文獻及相關資料	

提案人簽章：

註1：以條列式列出所提疾病納入病人自主權利法第14條第1項第5款之客觀臨床條件或指引。