

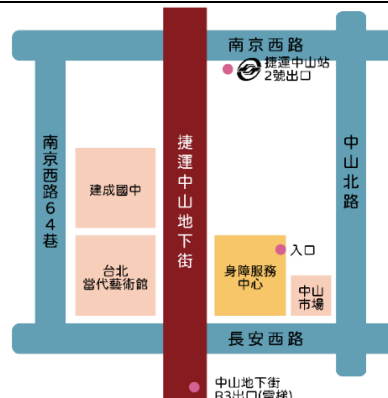
## 做生命的主人－認識預立醫療與安寧療護



為尊重病人醫療自主、保障其善終權益，《病人自主權利法》於民國 108 年正式上路，其核心價值更引導民眾對醫療選擇的了解，以利進行適切的醫療決定。

而心智障礙者的生命也應該受到同等尊重。本次講座除了帶領照顧者認識《病主法》、了解預立醫療及安寧療護，也引導家長與孩子討論生命議題，期望促進心智障礙者對於醫療決定的自我倡導。

講 師	曾稚婷 醫務社工師
時 間	12/16 星期六 上午 09:00~12:00 (8:50 開放入教室)
地 點	身心障礙服務中心 1F 多功能活動區 (臺北市中山區長安西路 5 巷 2 號)
招生對象	15 歲以上心智障礙者之照顧者 (家長) 40 名 (超過自動列為候補)
內容規劃	<ul style="list-style-type: none"> <li>認識《病主法》與安寧療護，簽署預立醫療決定及諮商流程介紹</li> <li>平常如何與心智障礙者討論有關生命的議題</li> <li>如何與家人進行醫療決定的溝通</li> </ul>
報名方式	<p><b>12/8(五)截止報名</b></p> <p>方式①網路：<a href="https://forms.gle/EBzZxg1KbSsCEo6U9">https://forms.gle/EBzZxg1KbSsCEo6U9</a></p> <p>方式②傳真：填妥報名表後傳真(2594-7374)或 email</p> <p>報名後請務必於 3 天內自行來電確認報名是否成功</p> <p>報名聯絡人：02-2595-3937 分機#23 蔡督導 #24 陳社工</p> <p>聯絡信箱：tpaa01@gmail.com</p>
注意事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>請珍惜免費課程資源，<b>報名後務必預留上課時間</b></li> <li>取消報名請於<b>開課 2 天前主動來電通知</b>，<b>未通知者將列入黑名單</b></li> <li>無提供臨托服務，僅限報名者本人出席</li> <li>為維護上課品質，一律經報名方可參加</li> </ul>
交通方式	<p><b>捷運</b>：捷運中山站 2 號出口 或中山地下街 R3 出口</p> <p><b>公車</b>：中山市場站 218、218(直達)、220、220(直達車) 、227、247、260、260(區間車)、 261、287、297、310、5、605(快速公車) 、652、中山幹線</p>



# 『報名表』 認識預立醫療與安寧療護-照顧者講座

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 生理男 <input type="checkbox"/> 生理女 <input type="checkbox"/> 其他
報名者年齡		身 分	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 其他_____
手 機		實際居住地	<input type="checkbox"/> 台北市_____區 <input type="checkbox"/> 新北市 <input type="checkbox"/> 其他_____
電 子 信 箱		戶 籍 地	<input type="checkbox"/> 台北市_____區 <input type="checkbox"/> 新北市 <input type="checkbox"/> 其他_____
消 息 來 源	<input type="checkbox"/> 協會官網 <input type="checkbox"/> 協會 FB <input type="checkbox"/> 協會 LINE@ <input type="checkbox"/> 本會社工主動聯繫 <input type="checkbox"/> 其他單位轉知 <input type="checkbox"/> 親友介紹 <input type="checkbox"/> 其他_____		
注 意 事 項	<ul style="list-style-type: none"> <li>請珍惜免費課程資源，<b>報名後務必預留上課時間</b></li> <li>取消報名請於<b>開課 2 天前主動來電通知</b>，<b>未通知者將列入黑名單</b></li> <li>無提供臨托服務，僅限報名者本人出席</li> <li>為維護上課品質，一律經報名方可參加</li> </ul>		
※ 配合社會局委託方案進行了解，請提供以下資訊 ※			
孩 子 姓 名		孩 子 年 齡	
孩 子 性 別	<input type="checkbox"/> 生理男 <input type="checkbox"/> 生理女 <input type="checkbox"/> 其他	障 別	<input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 其他 _____
現 況	<input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 日間作業設施 <input type="checkbox"/> 就業 <input type="checkbox"/> 社區長照機構 <input type="checkbox"/> 庇護工場 <input type="checkbox"/> 住宿型機構 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 在家	障 礙 程 度	<input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重
孩 子 需 求	<input type="checkbox"/> 自理能力訓練需求(如：個人盥洗、定點交通往返、社區小額購物、家務處理等) <input type="checkbox"/> 人際能力訓練需求 <input type="checkbox"/> 心理支持與輔導需求 <input type="checkbox"/> 無上述需求		

## ※ 個人資料提供及使用同意書 ※

台北市自閉症家長協會於活動前收集個人資料以便相關事項聯繫；活動過程中拍照、錄影以作為成果報告及宣傳使用，公開照片將避免挑選特定對象正面照片，以不造成參與者困擾為原則。

本人了解上述告知事項，並同意在上述範圍內合理使用本人提供各項資料。

簽名：\_\_\_\_\_ 中華民國 112 年 月 日