

醫預法與醫療訴訟

陳聰富

台灣大學講座教授

2024.3.10 (婦產科醫學會)

台灣醫療訴訟現象

- 民事訴訟高於刑事訴訟
- 民事訴訟逐年增加、刑事訴訟持平
- 「以刑逼民」
 - 比較能知道真相(51.7%)
 - 醫師比較願意和解(50.0%)
 - 為了節省訴訟費用(21.3%)

黃鈺嫻、楊秀儀：病人為何要告醫師？以糾紛發動者為中心之法實證研究

提起訴訟之訴求目的

- 求得事實真相
 - 無膽法官案
 - 醫師只要誠實認錯，50.5%病方就不會告醫師。
- 醫方賠償
 - 醫師83%、病方40%以下（生育事故補償條例？法官與訴訟當事人問卷結果？）
- 醫方提供後續照顧
 - 病人成為植物人
- 醫方道歉
 - 醫師只要道歉，就不會告醫師(40.3%)；仍會告醫師(23.5%)
- 避免不幸再發生
- 懲罰做錯事的人

黃鈺嫻、楊秀儀：病人為何要告醫師？以
糾紛發動者為中心之法實證研究

醫療事故預防及爭議處理法

- 醫療事故關懷小組
- 醫事專業諮詢
- 醫療爭議調解
 - 醫療爭議評析
- 醫療事故預防

醫療事故關懷小組

- 醫療事故：發生重大傷害或死亡。
 - 傷害：刑法第10條之重傷、身心障礙程度屬中度以上
- 醫療機構應組成醫療事故關懷小組，於醫療事故發生之翌日起**五個工作日內**，向病人、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。（第6條第1項）
- 醫療機構之說明、溝通、協助及關懷服務，應製作紀錄，並至少**保存三年**。（第6條第4項）
- 依前條規定進行說明、溝通、提供協助及關懷服務過程中，醫療機構所為**遺憾、道歉、讓步**或其他為緩和醫病緊張關係所為之陳述，除醫療爭議當事人均同意外，**不得於本案訴訟採為證據或裁判基礎**，亦不得採為相關行政處分之基礎。（第7條）

醫事專業諮詢

- 當事人就醫療爭議得檢具病歷複製本並繳納費用，向中央主管機關委託之財團法人申請醫事專業諮詢。（第9條）
- 費用：6000元
- 醫事專家審查時，不受理當事人到場陳述意見。（醫事專業諮詢作業辦法第6條）
- 經提起民事訴訟或提出刑事告訴、自訴，且繫屬於法院或檢察署，不予受理。（辦法第7條）
- 諮詢意見書應載明：一、諮詢之問題。二、醫事專業意見。（辦法第9條）
- 受託法人辦理醫事專業諮詢，應於受理後四十五個工作日內完成。（辦法第12條）

醫療爭議調解

- 先調解、後訴訟之原則
- 調解不公開原則
- 醫療爭議評析
- 調解成立，不得起訴或訴訟終結
- 醫療爭議調解程序，不收取任何費用。（第30條）

先調解、後訴訟之原則

- 當事人因醫療爭議提起民事訴訟前，應依本法申請調解。（第15條）
- 檢察官偵查或法院審理之醫療爭議刑事案件，應移付管轄之調解會先行調解。（第16條）
- 調解程序不公開之。不得將調解過程錄音、錄影或使用其他方式傳播。（第18條）
- 調解程序中，調解委員所為之勸導及當事人所為遺憾、道歉、不利於己之陳述或讓步，除醫療爭議當事人均同意外，不得於本案訴訟採為證據或裁判基礎，亦不得採為相關行政處分之基礎。（第23條）

醫療爭議評析

- **調解會**調解時，得邀請醫學、法律、心理、社會工作或其他相關專業人員列席陳述意見，或就醫療爭議之爭點向中央主管機關委託之財團法人**申請醫療爭議評析**。（第21條）
 - 當事人無申請權
- 遴聘專家三人以上組成評析小組召開會議，由醫事專家擔任召集人，其中非醫事專家委員不得少於三分之一；醫事專家應包括前款撰寫分析意見者。（醫療爭議評析作業辦法第7條）
 - 召集人1人、撰寫人1人、非醫事專家委員1人
- 評析小組會議以委員達成一致共識為評析意見，不另作會議紀錄。
- **評析意見書應逕送調解會，不另提供案件當事人，亦不對外提供。**（辦法第8條）

調解成立，不得起訴、或訴訟終結

- 主管機關應於調解成立之日起算七個工作日內，將調解書及卷證送請移付或管轄之法院核定。（第27條）
- 調解經法院核定後，當事人就同一民事事件不得再行起訴或於刑事訴訟程序附帶提起民事訴訟；其已繫屬法院者，訴訟終結。（第28條第1項）
- 調解經法院核定後，當事人就醫療爭議刑事案件，不得提起告訴或自訴。（第28條第2項）
- 告訴乃論之醫療爭議刑事案件於偵查中或第一審法院辯論終結前，調解成立，並於調解書上記載當事人同意撤回意旨，經法院核定者，視為於調解成立時撤回告訴或自訴。（第28條第3項）

醫療事故預防

- **醫院內部人員就病人安全事件通報醫院**
 - 病人安全事件通報、分析及其相關預防管控措施，不得於醫療爭議本案訴訟採為證據或裁判基礎，亦不得採為相關行政處分之基礎。（第33條）
- **醫療機構應就重大醫療事故，分析其根本原因、提出改善方案，並通報主管機關。**（第34條第1項）
 - 重大醫療事故通報、根本原因分析及改善方案，不得於醫療爭議本案訴訟採為證據或裁判基礎，亦不得採為相關行政處分之基礎（第34條第2項）。
- **民眾就醫療事故自主通報中央主管機關或委託之財團法人**
- **財團法人組成專案小組進行調查**

醫療機構應應通報之重大醫療事故

- 一、實施手術或侵入性檢查、治療，而有下列情形之一者：
 - (一) 病人錯誤。
 - (二) 部位錯誤。
 - (三) 術式錯誤。
 - (四) 人工植入物錯置。
 - (五) 誤遺留異物於體內。
- 二、以不相容血型之血液輸血。
- 三、藥品處方、調劑或給藥錯誤。
- 四、醫療器材處方、使用錯誤。
- 五、醫療設備使用錯誤。
- 六、其他經中央主管機關認定者。
 - (重大醫療事故通報及處理辦法第3條)

民眾就醫療事故自主通報

- 通報事項：與醫療機構應通報之重大醫療事故相同
- 通報時間：異常情事發生後60天內
- 不予受理通報之情形：
 - 一、案件已進入調解程序。
 - 二、案件經提起民事訴訟或提出刑事告訴、自訴，且繫屬於法院或檢察署。
 - 三、已由醫療機構依本法規定通報。
 - 四、非屬第三條所定通報事項者。（民眾自主通報辦法第5條）
- 通報之效果
 - 主管機關或受託法人接獲民眾通報後，經查證屬第三條異常情事，而未由醫療機構依本法通報者，應命醫療機構依重大醫療事故進行通報。

專案小組調查

- 醫事機構發生醫療事故或有發生之虞，且有下列情形之一者，中央主管機關應自行或委託政府捐助設立之財團法人組成專案小組進行調查，並提出報告後公布之：
 - 一、於一定期間內，反覆於同一醫事機構發生或有發生之虞。
 - 二、跨醫事機構或跨直轄市、縣（市）發生或有發生之虞。
 - 三、危害公共衛生及安全或有危害之虞。
 - 四、其他經中央主管機關認定之情形。
- 調查報告之內容，以發現事實真相、共同學習為目的，而非究責個人，且不得作為有罪判決判斷之唯一依據。（第34條）

最高法院109年度台上字第2795號判決

- 103年4月26日19時55分：孕婦至醫院就診，胎心音179次/分，生命徵象正常，子宮收縮間隔約10分鐘
- **20時20分**：醫師進行內診檢查，子宮頸開口為指尖寬，厚度差，胎頭仍漂浮中，子宮收縮間隔2~3分鐘，胎心音為178次/分，給予產婦衛教後離院。
- 23時45分：孕婦再就診，胎心音178~180次/分，生命徵象正常
- 0時10分，接受內診檢查，子宮頸開口閉合，厚度差，胎頭仍漂浮中，胎心音177次/分，子宮收縮頻率間隔2分鐘
- 陳醫師發現孕婦胎心音異常，安排剖腹產手術。

事實

- 0時15分：孕婦生命徵象穩定，胎心音172~185次/分，給予氧氣使用及輸液快速滴注
- 0時20分：簽署剖腹產同意書，經診斷為胎兒窘迫；
- 0時30分：胎心音176次/分，醫師給予輸液快速滴注；
- 1時：孕婦經內診檢查結果為子宮頸開口閉合，胎心音188次/分，給予輸液快速滴注。
- 1時30分：孕婦施行剖腹產手術，於2時10分娩出嬰兒，缺氧性腦病變，四肢痙攣型之重度腦性麻痺。

原告主張

- 陳醫師表示不需住院，未判讀胎心音監測記錄，亦無鑑別診斷關於胎兒心搏過速之原因及作出適當處置，而有遲延為醫療處置之過失。

高等法院判決1/2

- 醫審會鑑定書及成功大學附設醫院病情鑑定報告書，雖謂陳醫師之醫療處置，符合醫療常規云云，然醫療常規，為醫療處置之一般最低標準，醫師依據醫療常規所進行之醫療行為，非可皆認為已盡醫療水準之注意義務，上開**鑑定報告**，尚難憑採。
- **醫療過失**：胎心音過速原因甚多，不可排除缺氧為原因之一。**孕婦第一次就診時**，胎心音為179次/分、178次/分，顯有過速情形，陳醫師未採取讓孕婦留院觀察胎心音變化、給予氧氣、點滴輸液等相應措施，亦未通知主治醫師一同診治，倘當時立刻剖腹產，嬰兒最晚出生時間約在晚間10時許，不會延誤至隔天2時10分。倘陳醫師於孕婦第一次就診時，能謹慎、妥適施行符合醫療水準之醫療行為，將使嬰兒有降低腦部病變之相當程度可能性。堪認陳醫師所為醫療行為有過失，且與嬰兒腦部病變有相當因果關係。

高等法院判決2 / 2

- 美國婦產科醫學會（ACOG）及美國小兒科醫學會（AAP）指引，醫師認應緊急剖腹產時，應在30分鐘內將胎兒剖腹產出為最佳，以減少血酸中毒，降低造成胎兒腦部受傷之機會。本件無論自醫師於103年4月27日0時10分決定緊急剖腹產，或是當事人於同日0時20分簽署剖腹產同意書起算，皆已超過100分鐘以上，明顯不符合上開指引，再次延誤緊急救治黃金時間。
- 違反告知義務：孕婦於第一次就診時連續錄得兩次胎心率為179次/分、178次/分，有極高機率屬於Category II或III，陳醫師於此情況下，竟然未告知孕婦或其家屬返家觀察之可能風險，使孕婦無從選擇繼續留院觀察或進行緊急剖腹產之醫療處置，顯然違反告知義務，原告得依民法第227條不完全給付規定，請求賠償。

最高法院判決：發回更審1／3

- 醫審會鑑定書係以醫學知識、符合當地醫療常規及上揭準則為鑑定依據，且其鑑定意見亦與成大鑑定書（見原審卷二第11至16頁）為相同之結論。原審未遑詳予審認兩鑑定意旨究有何不足採取之處，若有不明，亦未使該兩鑑定單位派員到場說明，徒以醫療常規，為醫療處置之一般最低標準，醫師依據醫療常規所進行之醫療行為，非可皆認為已盡醫療水準之注意義務云云，而否採該二鑑定書所稱陳醫師之醫療處置，符合醫療常規之意見，已嫌速斷。
- 醫療行為係屬可容許之危險行為，醫療之主要目的雖在於治療疾病或改善病患身體狀況，但同時必須體認受限於醫療行為有限性、疾病多樣性，以及人體機能隨時可能出現不同病況變化等諸多變數交互影響，在採取積極性醫療行為之同時，往往易於伴隨其他潛在風險之發生。故有關醫療過失判斷重點，在於實施醫療之過程，而非結果。

最高法院判決：發回更審2／3

- 醫療鑑定：不應以瞬間胎心音決定是否需給予處置，而應以產婦臨床症狀綜合判斷為主，非就單一時間胎心音作為治療依據
- 醫療鑑定：僅有胎心音過速，亦無法判斷是否缺氧，從而無法判斷胎心音過速為缺氧所造成等語。成大鑑定書亦採取相同認定，更謂：即使胎心音正常亦不表示胎兒完全無缺氧之可能。
- 醫療法規定旨在強化醫療機構（醫師）之說明義務，保障患者及其家屬知的權利，使患者對病情及醫療更為瞭解，俾能配合治療計畫，達到治療效果。而上開說明義務之內容，應以醫療機構（醫師）依醫療常規可得預見者為限，尚不得漫無邊際或毫無限制的要求醫療機構（醫師）負概括說明義務。

最高法院判決：發回更審3／3

- 臨床胎心音之監測，應以監測基準值為判斷胎心音正常與否之基準，不應以單一時間胎心音作為治療依據，則孕婦於第一次就診時，固然二次錄得胎心率為179次/分、178次/分，惟既無監測基準值為治療依據，原審逕謂陳醫師有未盡前揭條文所定之告知義務，進而為不利上訴人之論斷，亦有可議。

高等法院104年度醫上字第28號民事判決

- 甲病患因右腹部**持續疼痛3天**及發燒，於100年9月15日至新北聯合醫院急診，經急診醫師照會乙醫師會診後，初步診斷為**急性闌尾炎**，建議應進行手術。
- 於100年9月15日19時分進行手術，於手術中探查發現**原告並非急性闌尾炎**，而係位置相近之組織壞死，但因受限於闌尾手術視野不佳，無法確認係何器官壞死，於是改以**剖腹探查手術**，同時將闌尾及該壞死組織切除。手術進行中變更改以剖腹手術為探查及切除病兆，有請原告母親進入手術室，同日22時30分手術結束，其結果為**切除原告右側輸卵管及闌尾**。

原告主張

- 誤診
 - 初步診斷為急性闌尾炎，係屬誤診。
- 未告知事項
 - 未於術前詳述可為**腹腔鏡手術**之選擇
 - 未說明相關併發之後遺症
 - 發現輸卵管壞死後，**未盡告知**手術方式變更及切除輸卵管之義務，逕予**切除闌尾及輸卵管**。
- 醫療過失
 - 更換手術方式，違反醫療常規

被告抗辯

- **無誤診**：初步診斷病患為急性闌尾炎，此應以手術治療，且因其已持續腹痛3天及發燒，理學檢查有壓痛、反跳痛之局部腹膜炎症狀，為避免急性闌尾炎加劇造成闌尾穿孔、壞死、腹膜炎加重或引發敗血症，故建議立即手術治療。
- **不適合腹腔鏡手術**：其屬輕度肥胖，加上理學檢查結果深疑當時病患之盲腸已破裂或感染，是腹腔鏡手術並非當時得以選擇之手術種類。
- **家屬同意**：緊急照會同院婦科醫師到場會診，認應係右側輸卵管壞死且應予切除，否則可能因敗血症死亡，伊乃再請其家屬進入手術室告知上情，並建議盲腸紅腫一併切除，經家屬同意後始進行前述切除手術，故已盡告知義務。
- **緊急情況**：況上訴人腹部內有一壞死組織、器官，隨時會加重併發全腹性腹膜炎或感染敗血症，造成後續醫療處置困難、危及病患性命安全，伊切除、治療該壞死組織，依醫療法第63條第1項但書規定亦免除告知義務。

初步診斷為急性闌尾炎，係屬誤診？1/2

- 醫審會鑑定意見：「為避免闌尾壞死穿孔出現腹膜炎或敗血症之併發症，一旦高度懷疑急性闌尾炎，即應建議施作手術，以作最後確認及治療」，亦即**手術之目的係於確認腹痛之原因，並針對該病因進行治療，以避免病情惡化**。因此當手術確認結果除闌尾輕微發炎外，尚有右側輸卵管扭轉壞死，「此並非錯誤判斷」。
- 因此被上訴人術前告知病人為急性闌尾炎，並建議手術治療，而手術中若發現除闌尾輕微發炎外，輸卵管扭轉壞死，乃更動手術方式，以進行相關治療，當無違反醫療常規等情。

初步診斷為急性闌尾炎，係屬誤診？2/2

- 經急診檢查報告及問診、觸診及身體診察等檢查後，發現其腹痛已第3天，且有右下腹壓痛及反跳痛等表徵，初步診斷其為急性闌尾炎，加以原告之抽血檢查結果顯示C反應蛋白3.7mg/dL偏高，代表身體內確有發炎、感染或組織壞死等狀況，依醫療常規，即足以作為闌尾切除手術適應症之依據。故乙醫師於建議手術治療前，未進行電腦斷層掃描或磁共振造影等檢查，符合醫療常規。

告知說明義務：簽署手術同意書

- 所謂告知說明義務，當以實質說明為必要，若未為實際之告知說明，徒令病人或其家屬在同意書上自為簽名，尚難認已盡告知說明之義務，然此並非表示所有書面之說明或同意均無效力，仍應視個案客觀具體情形，如：履行告知說明義務時說明之方式、內容，復參酌病患本人或其親屬之智識程度、理解能力，甚至對個別醫療行為之瞭解程度等，以定其效力。
- 經原告親自勾選及簽署之手術同意書明載：擬實施手術之疾病名稱為「闌尾炎」，建議之手術名稱為「切除」、原因為「發炎」
- 原告既已親自勾選、簽名該同意書，並陳明曾加以閱覽或經解說，衡情其事前如全然不知手術、麻醉及出血風險，又豈肯簽名於上。
- 醫師亦有說明各種併發症，及要開進去看到病灶，才能百分之百確診。

未說明可為腹腔鏡手術之選擇

- 醫審會鑑定意見：手術方式之選擇，則由臨床醫師依當時病情嚴重程度評估及決定。本案被上訴人考量病人體重及疼痛已有3天以上，並擔心病人腹部可能已有嚴重感染及器官間黏連可能很嚴重，乃決定採取傳統手術方式，而未採取腹腔鏡手術方式，符合現今外科醫療水準及常規。

發現輸卵管壞死後，未告知手術方式變更及切除輸卵管

- 家屬同意：
- 告知家屬同意醫療行為之本質，究非病人本人之同意，僅係代理同意，家屬無權做出與理性病人意見相違背之代理意見，避免同意權之濫用，而對病人發生重大不利益，故醫療機構或醫師在無法取得病人本人之有效同意，應依各種客觀情事，以理性病人意思推測獲其同意，此基於病人最大利益所為醫療行為，醫師無需承擔賠償責任。
- 醫療機構或醫師如因於手術中無法取得病患本人之同意，而另向家屬為告知並徵得其之同意，縱家屬事後稱未能全然了解其意，如確符合病人之最大利益，亦難認醫療機構或醫師有違反前述告知義務之情事。

更換手術方式違反醫療常規

- 醫師初步臨床診斷原告為急性闌尾炎，而有手術必要，且為避免闌尾壞死穿孔出現腹膜炎或敗血症之併發症，一旦高度懷疑急性闌尾炎，即應建議施作手術，以作最後確認及治療，故其**手術之目的係於確認腹痛之原因，並針對該病因進行治療**，以避免病情惡化。因此當手術確認結果除闌尾輕微發炎外，尚有右側輸卵管扭轉壞死，乃更動手術方式，以進行相關治療，並無違反醫療常規。
- 醫師於本件手術中變更原本進行急性闌尾炎手術改以剖腹探查手術，同時將急性闌尾炎及壞死之組織切除，實符合當時病人之最大利益，並無疏失。

最高法院 99 年度台上字第 2428 號 判決

- 病人因右腰椎第二、三側邊間盤突出，造成行走時右臀部及右大腿疼痛，至甲醫院門診，由乙醫師診治，施行「後位減壓、內固定植入手術」，裝置**脊椎內固定器**。病人於術後發現腰線下左右兩側疼痛不止而無法站立，邁步痛楚加劇，至神經外科看診，醫師建議撤除加裝之**內固定器**，終成為「**二肢能障礙**」之殘障者。

事實摘要

- 病人右腰椎第二、三側邊間盤突出，造成行走時右臀部及右大腿疼痛
- 90.10.30：「後位減壓、內固定植入手術」，裝置脊椎內固定器
- 91.05.21：神經外科診斷預後不良，建議撤除加裝之內固定器
- 92.02.07：醫療鑑定為「二肢能障礙」
- 94.05.09：起訴請求賠償：住院費、背架費、掛號費、復健費、看護費、慰撫金共364萬餘元。

原告主張

- 乙醫師違反醫療法第63條第1項所定之告知義務，於施行手術時，未向病人說明**手術原因及成功率**、可能發生**併發症**之危險，及其他對伊影響較小且併發症風險較低之**復健治療、內視鏡椎間盤手術**等治療方法，使病人在無從選擇及判斷風險之情況下，進行**非必要**之高風險手術，致造成殘障之傷害。
- 對乙醫師施行手術有無技術上疏失，不爭執。

被告醫院抗辯

- 不得以嗣後行政院衛生署發布新格式之手術同意書，作為認定當初被告有無盡說明義務之根據。
- 乙醫師是否已盡說明義務，與原告決定接受手術並無**因果關係**。
- 其醫療行為，符合醫療常規並無**過失**。
- 原告之二下肢活動障礙及下肢活動力不彰，與加裝固定器無因果關係。
- 消滅時效抗辯

高等法院判決1／3

- 原告於手術前之九十年十月二十九日於手術同意書上簽名，該手術同意書上已記載1. 需實施手術之原因；2. 手術成功率或可能發生之併發症及危險
- 乙醫師於手術前門診時已告知「手術原因」。
- 原告曾負笈美國，並於新加坡及南非等國擔任企業主管多年，非不識字或了解書面文義之人，可知原告於施行手術前已就醫療行為之必要、風險及效果，對上訴人為相當之說明，並經上訴人同意，其主張被告未盡醫療法所定告知義務云云，即無足採。

高等法院判決2 / 3

- 因病患本身脊椎不穩定會造成脊椎滑脫或椎弓解離，故須輔以脊椎內固定器來支撐固定脊椎骨，原告既有前述脊椎病症，藥物及物理治療，效果均不佳，乙醫師施以脊椎內固定器手術，尚與當時之**醫療水準**相當。（醫療適應症）
- 原告於實施手術前三年，曾因右臀部及右大腿疼痛，腰椎第二、三節之間，椎間盤突出症，脊椎狹窄症，步行一百公尺左右，即有間歇跛行現象，醫師即建議施行手術，為其所拒，只作物理治療，亦曾至其他醫院藥物及物理治療，效果不佳，此次因疼痛未改善，才接受建議實施手術，乙醫師之醫療行為已符合**醫療常規**，尚難認系爭手術有何疏失或屬不必要之手術。（手術必要性）

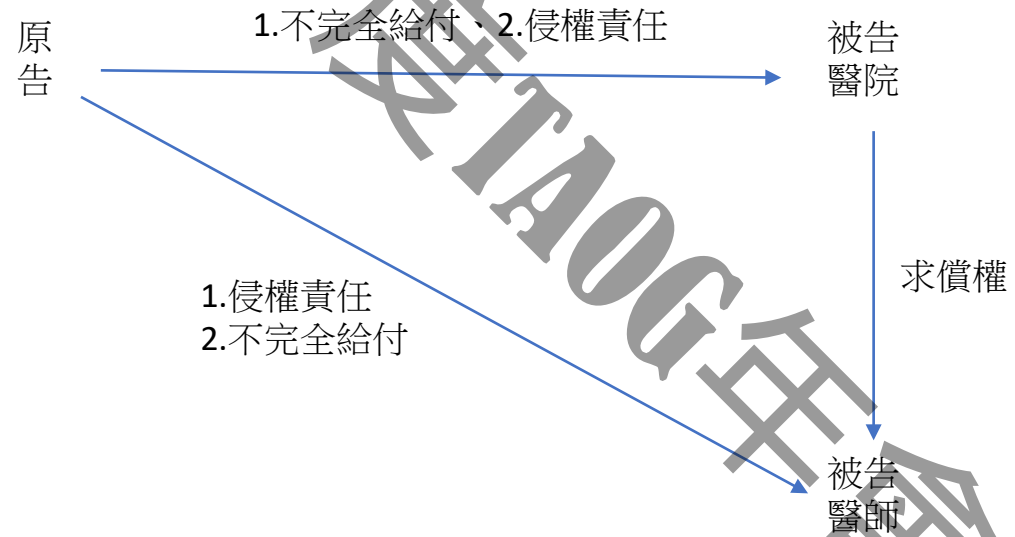
高等法院判決3 / 3

- 鑑定結果既認定背痛與加裝內固定器無直接關係，且加裝之內固定器並未壓迫神經，因此原告術後背痛情形與系爭醫療行為並無**相當因果關係**。（因果關係）

醫療疏失案例法律問題思考層次

- 1. 醫療適應症？
- 2. 醫療處置必要性？＝手術必要性
- 3. 醫療處置是否適當？＝醫療行為是否有過失？
 - 診斷
 - 治療
 - 照護
- 4. 病人損害是否與醫療處置相關？＝具備因果關係？
- 5. 醫師是否善盡告知義務？
- 6. 請求權的消滅時效

本案訴訟原告主張之損害賠償請求權



案例檢討與最高法院判決

- 1. 原告的請求權基礎？
- 2. 原告的主張為何？
 - 違反告知義務、非必要手術
 - 高等法院：手術同意書、口頭告知「手術原因」、有醫療適應症、有手術必要、醫療行為符合醫療常規、無因果關係
- 3. 告知事項：口頭告知「手術原因」
- 4. 簽署手術書之意義
 - 被告：醫師已盡告知義務
 - 告知後同意法則的舉證責任：醫師應負「已經告知並獲得病人同意」之舉證責任
 - 最高法院：醫院是否盡告知義務，依舉證責任法則，應由醫院負舉證責任。但於病人簽署手術同意書後，舉證責任轉換為，病人應負「醫師實際尚未告知」之責任。
- 5. 消滅時效：民法第197條二年時效經過92.2.7—94.5.9

結語1：告知後同意法則

- 告知後同意法則：取得病人同意之義務
- 固有風險的責任分配
- 須獲得病人同意之情形：台灣醫療法：於實施手術、侵入性檢查或治療時
- 同意的方式：病患同意包括明示同意、默示同意、推定同意
- 說明的方法：實質說明、簽署同意書
- 家屬的代理同意

結語 2

- 告知後同意法則
 - 實質說明v簽署「手術同意書」
 - 緊急情況：推測的同意
 - 家屬同意：代理同意
 - 醫療行為過失v告知後同意
- 醫療處置過失判定
 - 醫療過失判斷重點，在於實施醫療之過程，而非結果
 - 誤診
 - 鑑定意見之定位

- 敬請指教

113年度IAOG年會
暨
尾牙