

卷宗編號： 370/2015

日期： 2016 年 05 月 12 日

關鍵詞： 自由心證、醫療過失

摘要：

- 原審法院依法享有自由心證(《民事訴訟法典》第 558 條第 1 款)，故上訴法院的事實審判權並非完全沒有限制的，只有在原審法院在證據評定上出現偏差、違反法定證據效力的規定或違反一般經驗法則的情況下才可作出變更。
- 在分析是否存有醫療過失時，應該根據病人當時的病情及所出現的病症來判斷有關醫生是否違反常規的醫療程序或出現了明顯的診斷錯誤。
- 此外，還需分析其當初的診斷結果及治療方案，根據病人當時的病情及出現的症狀，是否在醫學上一個可行的診斷結果及治療方案。若是，那即使在事後發現有錯誤，也不可將相關之醫生歸責。

裁判書製作人

何偉寧

行政、稅務及海關方面的上訴裁判書

卷宗編號: 370/2015
日期: 2016 年 05 月 12 日
上訴人: A(原告 B 的繼受人)
被上訴人: 澳門衛生局 (被告)

*

一.概述

A(原告 B 的繼受人)，詳細身份資料載於卷宗內，不服行政法院於 2014 年 05 月 23 日駁回有關訴訟請求，向本院提出上訴，理由詳載於卷宗第 1273 頁至 1331 頁，有關內容在此視為完全轉錄¹。

¹ 原告的上訴結論如下:

1. 根據本案已確定之事實(Factos Assentes)及獲證明之事實(Factos Provados)，是次醫療事故對原告所造成之損害並非是有人故意造成，反過來說，是因為多位仁伯爵綜合醫院醫生的"不作為"(民法典第 479 條)及制度存在缺失而造成(第 28/91/M 號法令第 2 條及第 7 條)，原因如下：
2. 第一，根據本案已確定之事實 Q)項完全轉錄卷宗第 136 頁至第 141 頁之《關於 A 先生申訴個案的覆函(個案編號 039/CAQ/05)》第 2/6 頁引述 2005 年 9 月 1 日約見血液科第二位主診醫生 C 所作之筆錄聲明(卷宗第 69 頁至 74 頁)，當中 C 醫生陳述："(...)根據常規，ITP 患兒在服用激素 6 個月後，應用 anti-D 及 IVIG 等治療無效時便需要考慮切脾(...)”(見卷宗第 70 頁)。
3. 但是，根據獲證實的待調查事實 1)，原告患有免疫性血小板減少性紫癜已有兩年多。綜觀原告於 2001 年 12 月 17 日被確診患有該病至 2004 年 3 月 9 日昏迷之間的所有病歷，只有 2002 年 11 月 18 日由第一主診醫生 D 於門診病歷中記載：
"Consider anti-D(筆者自譯：考慮作抗 D 免疫球蛋白治療)"(見卷宗第 246 頁)；
於 2004 年 3 月 2 日，第二主診醫生 C 於臨床日誌中記載："(...)Discussed with father about splenectomy, he prepared to consult traditional chinese medicine(筆者自譯：與其父親討論脾切除術，他準備去諮詢傳統中醫)"(卷宗第 23 頁)；
最後，於 2004 年 3 月 4 日，第二主診醫生 C 於臨床日誌中記載："(...)Suggested to do splenectomy, parents need to consider(筆者自譯：建議進行脾切除術，父母需作考慮)"(卷宗第 24 頁)。
除此之外，卷宗所載原告病歷之中並沒其他關於建議作脾切除術之記載。
4. 很明顯，自原告被確診患上免疫性血小板減少性紫癜，至 C 醫生第一次提及脾切除術之間，相隔了兩年兩個多月，與 C 醫生上述："(...)根據常規，ITP 患兒在服用激素 6 個月後，應用 anti-D 及 IVIG 等治療無效時便需要考慮切脾(...)”之說相差甚遠。在這裡，原告的第一位主診醫生 D 明顯具有不作為之過錯。
5. 第二，獲證實的待調查事實 7)證明，C 醫生曾向 A 表示服用激素可能引起頭痛。

6. 根據本案已確定之事實 Q)項完全轉錄卷宗第 136 頁至第 141 頁之《關於 A 先生申訴個案的覆函(個案編號 039/CAQ/05)》第 4/6 頁所述，申訴中心並不認同頭痛是因應用激素引起的觀點(見卷宗第 139 頁)；加上本案原告第 4 名證人血科主任醫生 Dr.E 所述，服用激素是不會導致頭痛的，這裡證明 C 醫生在診斷原告的頭痛時存在明顯過錯。
7. 第三，獲證實的待調查事實 8)證明，C 醫生在原告第一次入院期間認為沒有需要為原告進行腦 CT 掃描。
8. 而根據本案已確定之事實 Q)項完全轉錄卷宗第 136 頁至第 141 頁之《關於 A 先生申訴個案的覆函(個案編號 039/CAQ/05)》第 5/6 頁所述：“本中心又認為，在本個案中，雖然對患兒顱內出血的治療及預後沒有直接影響，但若主診醫生能提高警惕，防患於未然，能將第一次作腦 C.T.掃描檢查的時間提前的話(如第一次住院時)，此時，即使腦 C.T.顯示無出血徵象，至少亦能與以後的腦 C.T.掃描作一後續變化的對比，這不僅有助於臨床判斷，也有助於釋除家屬的疑慮”(見卷宗第 140 頁)。
9. 在這裡，可顯示出申訴中心亦認為 C 醫生在原告第一次住院時沒有進行腦 C.T.之不作為確實存在過錯。
10. 第四，獲證實的待調查事實 27)證明原告於昏迷前，血小板數值經常處於低水平，例如 2004 年 2 月 19 日的驗血報告，原告的血小板數值僅為 $5 \times 10^9/L$ 或 $5.000/mm^3$ ，低於參考數值 $150 \times 10^9/L$ 或 $150.000/mm^3$ ，至 $400 \times 10^9/L$ 或 $400.000/mm^3$ ，理應馬上進行脾臟切除手術，但因為 D 醫生及 C 醫生的不作為，致使原告遭受不可逆轉之損害。
11. 第五，根據獲證實的待調查事實 49)、51)、55)、56)、59)、60)、63)、65)、66)、70)、71)、72)、77)、80)、83)、85)、90)、93)、95)、96)、102)、105)、106)、107)、108)、109)、110)、111)、114)、118)、118-A)、120)、121)、125)、130)、140)及 141)，證明原告於 2004 年 3 月 6 日入院，至 3 月 7 日轉到內科二，當時只是訴說有頭痛。
12. 根據上述獲證實的待調查事實，原告自 2004 年 3 月 6 日入院至 3 月 9 日接受手術的一段期間，仁伯爵綜合醫院是具有充裕的時間進行脾切除手術，原告的健康原本是有可能得到救治的！
13. 在原告第二次入院時(2004 年 3 月 6 日)仁伯爵綜合醫院根本完全沒有考慮原告是血小板免疫性紫癍病人，無視其最嚴重的情況會是會自發性出血，而只是採取繼續觀察及保守治療的觀望態度。
14. 即使原告於 2004 年 3 月 8 日下午 19H00 確診原告顱內出血，仍然不立即準備為原告進行必須進行的脾切除手術，以阻止自發性出血，而只是繼續觀察及採取保守治療，完全未能察覺到原告病情的嚴重性。
15. 事實上，院方認為比對三次腦 C.T.的結果，原告的腦血腫亦沒有實際增大(獲證實的待調查事實第 130 條)，致使並沒有即時替原告進行脾切除手術，證明腦 C.T.並未能有效診斷原告的危急情況，因為未能適時進行手術，導致原告遭受不可逆轉之永久損害。
16. 院方證人多次強調，原告入院時完全沒有腦出血徵象、原告父母沒有即時同意接受切脾手術、多次腦 C.T.結果顯示血腫沒有增大，均顯示其不想承擔責任之意圖。請不要忘記，按照院方證人解說原告入院時症狀輕微，那麼在 2004 年 3 月 6 日至 3 月 9 日期間，原告在院方“緊密”觀察之下，健康仍然遭受不可逆轉之損害，院方的責任是難辭其咎的！
17. 以上各點，均顯示 D 醫生及 C 醫生對原告病情之判斷及處理存在失誤之過錯，以及仁伯爵綜合醫院之救護行動的遲緩確實存在過錯。
18. 在這方面，被上訴的判決並沒根據本案之既證事實及獲證明之事實作出判決，明顯違反民法典第 477 條及第 479 條，及第 28/91/M 號法令第 2 條及第 7 條規定，應予廢止，並以一判處原告得直之公正判決以替代之。
19. 另一方面，民事訴訟法典第 629 條第 1 款規定：
“一、遇有下列情況，中級法院得變更初級法院就事實事宜所作之裁判：
a) 就事實事宜各項內容之裁判所依據之所有證據資料均載於有關卷宗，又或已將所作之陳述或證言錄製成視聽資料時，依據第五百九十九條之規定對根據該等資料所作之裁判提出爭執；
b) 根據卷宗所提供之資料係會導致作出另一裁判，且該裁判不會因其他證據而被推翻；”

20. 根據本卷宗所載書證及審判聽證時所獲得的證人證言(請參閱本上訴狀第 77 至 91 條), 本案就事實事宜多項內容之裁判(合議庭裁判), 尤其是關於待調查事實第 3)、4)、5)、6)、7)、8)、9)、10)、11)、12)、13)、14)、15)、16)及 28)條之裁判, 明顯存在錯誤。
21. 除此之外, 以下數點亦能證明院方在是次事故之中明顯存在缺失:
原告第 2 證人 D 醫生在庭上陳述其很早已提及切脾手術(庭審錄音: 14-Feb-2014, 10.15.36 及 16.09.47), 但根據卷宗第 246 頁, 原告 2002 年 11 月 18 日之門診病歷, 最低一行記述了 "Consider anti-D"(筆者自譯: 考慮了做 Anti-D)的表述。若真有考慮的話, 為何又不記述考慮作脾切除手術的表述呢?
原告第 3 證人 C 醫生多次強調, 若進行激素治療 6 個月沒有效果時, 應進行 Anti-D 及 IVIG 等治療無效時便需要考慮切脾(庭審錄音: 21-Feb-2014, 15.23.41)。但在卷宗第 23 頁之臨床日誌, 記載了他在 2004 年 3 月 2 日曾與原告父親討論脾切除術(原文為: Already received 2 days of IVIG Injection. Discussed with father about splenectomy, he prepared to consult traditional chinese medicine)。2004 年 3 月 4 日才提出建議: Suggested to do splenectomy, parents need to consider(見卷宗第 24 頁), 印證了原告第 1 證人所作證言屬實。
原告第 3 證人 C 醫生認為頭痛是由激素引起之診斷, 已被多名醫生證人推翻(例如庭審錄音: 28-Feb-2014, 09.57.10 及 14-Feb-2014, 11.40.18 及 11.40.56, 及卷宗第 139 頁衛生局日期為 20/10/2005 致 A 之覆函)。
22. 在這方面, 懇請尊敬的中級法院法官 閣下, 根據民事訴訟法典第 629 條第 2 款規定, 重新審理上述裁判中受爭執之部份所依據之證據, 並考慮上訴人之陳述內容; 或依職權考慮受爭執之事實裁判所依據之其他證據資料; 或根據同一條文第 3 款、第 4 款及第 5 款規定, 命令再次調查證據後, 廢止被上訴之判決, 並以一判處原告得直之公正判決以替代之。
23. 除此之外, 最少自 2001 年 12 月 17 日起受害人於被上訴人轄下的仁伯爵綜合醫院被確診患上免疫性血小板減少性紫癜, 自始在該處臨床血液科門診接受隨訪診治二年多, 但即使受害人被確診患上該病, 其受到損害前亦無礙其正常生活。
24. 受害人在接受隨診治療的兩年多後, 於 2004 年 2 月 29 日早上, 因受害人左下肢疼痛伴有頭痛及頸痛, 遂由作為父親的上訴人陪同下到達被上訴人屬下的仁伯爵綜合醫院急診室接受治療。
25. 上訴人曾以證人身份在原審法院審判聽證中力指, 直至受害人第一次入院前的半年間, 受害人已開始出現頭痛、嘔吐等惡化的病癥, 但原審法院認為因沒有相關文件而不證實之。
26. 原審法院在理由說明方面出現了不可補正的矛盾: 一方面認同相關的醫療紀錄不一定會全部紀錄, 但另一方面卻因為在相關的醫療紀錄沒有記錄如上訴人及受害人的母親同意為受害人做切脾手術的意思表示, 而認定上訴人及受害人的母親(直至出事時)沒有同意/甚至是反對為受害人施行切脾手術。
27. 原審法院認同治療該病的各種方法及因應患者(如受害人)的情況而作出分階段性的治療, 但其忽略了如證人及由原告方所提交的文件, 均能顯示若一段(參考的)時間內使用一種方法但無效時, 應轉用/進入下一階段的治療以改善病人的病情, 而不可能無了期地使用同一種根本對患者(如受害人)的病情無明顯改善的治療方法。
28. 若受害人早在接受激素治療的一年半後接受再進一步的、更有效的治療(切脾手術), 受害人根本不用遭受到是次的不可逆轉的傷害, 甚至痊癒, 這是因為醫院的服務事實上存在不足, 是醫院服務運作及部門上的過錯及缺失。
29. 就對醫生的熟練技術和能力的程度的預期方面, XXXXX 認為, 就出現一個錯誤處理或欠缺恰當處理而言, 只要在實踐中沒有顯示這種熟練技術與謹慎, 便存在一個過失的舉措。有關的醫生理應被要求作出其他的一些舉措(更進一步的治療方法)。
30. 本案的情況正正如此, 案中受害人在接受長達兩年多隨診的過程中, 在醫生沒有窮盡作出更多的治療方法, 以使發生日後一連串醫療失當。
31. 根據卷宗已有的資料所示, 受害人在第一次入院時所出現的癥狀已顯示出病情已轉差, 即使在該次出院時, 情況仍未有好轉, 且需於相隔短短的 1 日後再次入院。
32. 事實上, 在上訴人多次要求院方為受害人進行切脾手術, 但院方一直沒有為受害人提供更有效的治療。在院方這一連串的不作為、制度存生缺失等導致受害人遭受到不可逆轉的傷

被告就有關上訴作出答覆，內容載於卷宗第 1337 至 1382 背頁，在此視為完全轉錄。

檢察院認為應判處有關上訴理由不成立，內容載於卷宗第 1497 至 1500 背頁，在此視為完全轉錄²。

-
- 害。
33. 關於受害人於第二次入院時直至其遭受到不可逆轉的傷害期間，受害人的病情因至少遭受到 15 至 20 多個小時的延誤，因此其才會遭受到不可逆轉的傷害。
 34. 作為澳門特別行政區透過提供保障澳門居民福利所需之初級及專科衛生護理服務，以執行預防疾病及推廣衛生所需之工作的公法人（十一月十五日第 81/99/M 號法令第 1 條），被上訴人的醫護人員應以積極的態度尋求更多的為病患利益著想的治療方案，以履行其“促進病人康復及重返社會”的職責（上述法令第 3 條）。
 35. 只需在互聯網上作出相關搜尋，即可找到大量有關免疫性血小板減少性紫癜的治療方法，因此作為具有相關專業知識的醫院不可能不知道，顯然而見，是作為主診醫生的過失。
 36. 有關切脾手術是否治療免疫性血小板減少性紫癜的必要手段，原告第 4 證人 E 醫生亦曾於原審法院審判聽證時指出，事實上對於受害人而言，若更早接受切脾手術會更好。
 37. 除了表示認有的尊重外，原審法院認為顱內出血的死亡率低，但血小板長期處於低水平值下是隨時會引發顱內出血，本可避免死者的顱內出血以幸免於其後所發生的一連串不幸事件。
 38. 相比其他的職業而言，我們要求醫護人員必須具有小心謹慎對待病人的態度期望應該更高。
 39. 終審法院第 34/2013 號合議庭裁判曾引用學說：“在我們看來，最好還是將這一義務定性為風險義務或者結果不確定義務，因為醫生並不僅僅是必須盡其所能作出診斷或進行適當治療，而且是必須運用其學識及職業技能作出診斷並定出建議的治療方案。雖然醫生不對未能達到某一結果而負責，但卻應就其在診斷或治療中所使用（或應該使用）的方法負責”。
 40. 澳門特別行政區總衛生護理服務規定在第 24/86/M 號法令，其中第 2 條規定：“本地區全體居民均可按照本法規所定條件，求取由衛生司屬下部門及單位直接提供的或由其他實體間接提供的衛生護理服務。”
 41. 在接受隨診治療後，仁伯爵綜合醫院方面就沒有對死者進行更有效的治療及康復衛生護理，以至死者的病情一直都沒有起色，甚至隨後惡化，以導致產生了一個不可逆轉的傷害。
 42. 這明顯違反第 28/91/M 號法令第 7 條第 2 款之規定：“違反法律和規章規定或違反一般適用原則之法律行為，以及違反上述規定和原則或違反應被考慮之技術性和常識性規則之事實行為亦被視為不法。”（底線為我們所加）而不如被上訴之判決所述：“本院認為被告的醫務人員在針對原告進行的醫療活動過程中並沒有違反法律秩序之任何規定或原則，或違反應被考慮之技術性和常識性方面之規則，有關醫療活動不具有不法性。”
 43. 仁伯爵綜合醫院在是次醫療失當事件中，因負責的主診醫生的過錯及醫院運作或部門上的過錯而對上訴人造成了不可彌補的損害，而該過錯與對受害人所造成的損害存在因果關係。
 44. 在這方面，被上訴的裁決明顯違反第 81/99/M 號法令第 1 條及第 3 條、第 24/86/M 號法令第 2 條、第 28/91/M 號法令第 4 條及第 7 條規定，應予廢止，並以一判處原告得直之公正判決以替代之。

² 檢察院之意見如下：

Nas alegações de fls.1273 a 1331 dos autos, a recorrente invocou a falha e erro negligentemente cometidos pelos médicos Dra. D e Dr. C no diagnose e tratamento da paciente falecida B, a culpa de serviço do CHCSJ, o erro manifesto nas respostas dadas pelo tribunal colectivo aos quesitos

nomeadamente 3) a 16) e 28), e ainda a contradição insanável da fundamentação.

Ressalvada a profunda simpatia para com o sofrimento e a morte da paciente B, e com elevado respeito pela dedicação e esforço do ilustre mandatário Dr. *****, afigura-se-nos que não merecerá provimento o presente recurso

*

Antes, convém apontar que acolhendo as doutrinas portuguesas, os nossos tribunais – TUI, TSI e TA – vem entendendo, de modo constante e uniforme, que a responsabilidade civil extra-contratual da Administração Pública por facto ilícito pressupõe na verificação cumulativa dos seguintes requisitos: a)- a ilicitude de actos de gestão pública, b)- a culpa de órgão ou agente administrativos, c)- o dano ou prejuízo, d)- o nexo de causalidade adequada. (vide. designadamente o acórdão do TUI no processo n.º23/2005)

E no actual ordenamento jurídico de Macau, encontra-se também consolidada a jurisprudência de asseverar que incide, em princípio, no lesado (autor da acção) o ónus de prova: cabendo-lhe alegar e demonstrar o preenchimento cumulativo destes requisitos. (a título exemplificativo, acórdãos do TUI nos processos n.º23/2005 e n.º34/2013, e acórdãos do TSI nos processos n.º695/2011 e n.º778/2011)

No que respeite à responsabilidade médica, subscrevemos a doutrina propagada pelo ilustre Dr. M. Teixeira de Sousa e acolhida pelo TUI no acórdão emanado no processo n.º34/2013, aí se lê: «Sem deixar de se reconhecer que, na generalidade das situações, o médico não se obriga a garantir um resultado, actualmente, diz-se que “Melhor será, segundo parece, qualificar essa obrigação como uma obrigação de risco ou de resultado aleatório, porque o médico não se obriga apenas a usar a sua melhor diligência para obter um diagnóstico ou conseguir uma terapia adequada, antes se vincula a fazer uso da sua ciência e aptidão profissional para a realização do diagnóstico e para a definição da terapia aconselhável. Ainda que o médico não possa responder pela obtenção de um resultado, ele é responsável perante o paciente pelos meios que usa (ou deve usar) no diagnóstico ou no tratamento.”»

2.1- O art.7º do D.L. n.º28/91/M prescreve duas modalidades de ilicitude, a saber: 1. Para os efeitos deste diploma, a ilicitude consiste na violação do direito de outrem ou de uma disposição legal destinada a proteger os seus interesses. 2. Serão também considerados ilícitos os actos jurídicos que violem as normas legais ou regulamentares ou princípios gerais aplicáveis e os actos materiais que infrinjam estas normas e princípios ou ainda as regras de ordem técnica e de prudência comum que devam ser tidas em consideração.

Em síntese, é que «As acções ou omissões de um médico, enquanto agente de actos de gestão pública, serão consideradas ilícitas se violarem normas legais e regulamentares ou princípios gerais e basilares; infringirem regras de ordem técnica; infringirem deveres de prudência comum; devam ser tidas em consideração, isto é, se de tais acções ou omissões resultar uma ofensa de direitos ou interesses legalmente protegidos, designadamente, da saúde ou da vida do doente.» (Acórdão do TSI no Processo n.º778/2011)

Aqui, é útil lembrar-se da sábia lição do saudoso Professor Antunes Varela (Das Obrigações em Geral, vol. I, Almedina, 8ªed., pp.538 e 540, com sublinhado nosso):

A lesão dos interesses alheios só obrigava à reparação dos danos quando revestisse a forma de violação ou ofensa do *direito* de outrem, não bastando por conseguinte a prática de um facto lesivo de interesses alheios, nem sequer a violação de qualquer norma jurídica que só *indirecta* ou *reflexamente* os tutelasse.

.....

E a *ilicitude* reporta-se ao *facto* do agente, à sua *actuação*, não ao *efeito* (danoso) que dele promana, embora a *ilicitude* do facto possa provir (e provenha até as mais das vezes) do resultado (*lesão* ou *ameaça de lesão* de certos valores tutelados pelo direito) que dele produz.

Por sua vez, ensina o mestre do Direito Penal Manuel Cavaleiro de Ferreira (Direito Penal Português – Parte geral, vol. I, Verbo 1982, p.201): Ilcitude penal é um conceito de relação; designa a contrariedade do facto à lei penal. Ilícito é um conceito de substância e designa o facto contrário à lei

penal.

Em esteira, acolhemos inteiramente a cuidadosa análise e a conclusão da ilustre colega no seu parecer de fls.1237 a 1239v., no sentido de que «然而，因應原告在仁伯爵綜合醫院接受門診診治及前後兩次入院接受診治的情況，立足於法庭調查後認為已證事實這基礎來分析原告的病患，按應被考慮之技術性和常識性規則這準則來分析，並不能得出支持原告主張的結論。」

Pois, atendendo à matéria provada e à minuciosa fundamentação do tribunal colectivo no acórdão de fls.1165 a 1178v., fomos levados à impressão de que a diagnose e a terapêutica dispensadas à autora falecida não infringiam normas legais e regulamentares, princípios gerais, regras de ordem técnica ou deveres de prudência comum.

2.2- Quanto à culpa, importa reter a lição do ilustre Professor Freitas do Amaral (Direito Administrativo, vol. III, Lisboa 1989, pp.502 a 505):

De um lado geral, deve dizer-se que cada um destes pressupostos é entendido no Direito Administrativo, da mesma maneira que no Direito Civil – sem embargo de algumas especialidades.

A particularidade mais saliente que aqui importa sublinhar tem a ver com a chamada “culpa do serviço” (ou “falta do serviço”).

.....

Emprega-se então a expressão culpa do serviço, ou falta do serviço, para se significar – na fórmula feliz de RIVERO – um facto anónimo e colectivo de uma administração em geral mal gerida, de tal modo que é difícil descobrir os seus verdadeiros autores.

No que concerne à razão de ser deste conceito culpa do serviço ou falta do serviço, o mesmo mestre Professor deu a cabal explicação (autor, ob. e lugar citados):

Com efeitos, cada vez mais nos nossos dias nos sucede que o facto ilícito e culposo causador dos danos, sobretudo, se revestir a forma de uma omissão, não possa ser imputado a um autor determinado, ou a vários, antes o deve ser ao serviço público globalmente considerado.

.....

O que importa é reconhecer que a grande dimensão da Administração pública, a complexidade das suas funções, a constante variação dos seus servidores, a morosidade dos seus processos de trabalho, a rigidez das suas regras financeiras, e tantos outros factores de efeito análogo, transformam muitas vezes uma sucessão de pequenas faltas desculpáveis, ou até de dificuldades ou atrasos legítimos, num conjunto unitariamente qualificável, ex post, como facto ilícito culposo.

Proclama o Venerando TUI (aresto no Processo n.º23/2005): Pode ser imputada responsabilidade civil à Administração hospitalar, a título de culpa funcional ou culpa do serviço, em situações em que o facto ilícito não se revela susceptível de ser apontado como emergente da conduta ético-juridicamente censurável de um agente determinado, mas resulta de um deficiente funcionamento dos serviços.

No caso *sub iudice*, os factos provados fazem-nos razoavelmente crer que os médicos, Drs. D e C, dispensavam esforços e diligências normais, pelo que, segundo nos parece, não se verificam as invocadas falha e erro negligentes.

2.3- Afinal, sem necessidade de citação desenvolvida, resta-nos apontar que no nosso prisma, não descortina prova capaz de demonstrar o nexo de causalidade adequada entre os danos sofridos pela autora morte e as actuações dos aludidos médicos ou o funcionamento do CHCSJ.

O que nos aconselha a aplicabilidade da jurisprudência enunciada pelo TSI no Processo n.º125/2009, que sustenta: «Mesmo a considerar-se que houve uma actuação menos diligente numa dada observação e fica por saber que tratamentos podiam ter sido empreendidos, desconhecendo-se sempre se os danos sofridos resultaram da ausência de tratamento dessa lesão ou se não foram consequência das outras lesões sofridas pelo A., para mais quando os tratamentos dispensados foram adequados às outras lesões e queixas apresentadas, excluída está a responsabilidade civil médica, que pode configurar as duas formas de responsabilidade civil, a contratual e a extra-contratual e em regra decorre da assunção de uma obrigação de meios.»

*

*

二.事實

已審理查明之事實載於卷宗第 1241 背頁至 1249 背頁，有關內容在此視為完全轉錄³。

O recorrente criticou ainda as respostas dadas pelo tribunal colectivo aos quesitos nomeadamente 3) a 16) e 28), pugnando pela modificação do acórdão de fls.1165 a 1178v. na correspondente parte, no sentido de serem considerados provados todos estes quesitos.

Sem prejuízo do respeito pela opinião diferente, atendendo à douta fundamentação do tribunal colectivo no acórdão de fls.1165 a 1178v. e às impugnações específicas do R./recorrido nas contra-alegações, parece-nos que os meios de prova alegados pelo recorrente não dispõem de virtude de abalar as aludidas respostas, e não se descortina censura na apreciação e convicção do colectivo sobre as provas para sustentar tais quesitos. Daí flui o decaimento do argumento em apreço.

*

Na 26 conclusão, o recorrente arguiu que «原審法院在理由說明方面出現了不可補正的矛盾：一方面認同相關的醫療記錄不一定會全部記錄，但另一方面卻因為在相關的醫療記錄沒有記錄如上诉人及受害人的母親同意為受害人做切脾手術的意思表示，而認定上诉人及受害人的母親（直至出事時）沒有同意/甚至是反對為受害人施行切脾手術。」

Com efeito, é verdade que no douto acórdão de fls.1165 a 1178v., o colectivo referiu que «上述證據當中，合議庭視原告的醫療記錄為重點。理由是雙方主張涉及原告接受治療期間發生的事情，例如原告主張的症狀、醫護人員對原告所作的檢查及治療這些事實，若如實發生應有所記錄。其他涉及原告及醫護人員曾就病情作出的討論或建議則不然，理由在於合議庭考慮了證人提供的證言後，相信有可能不一定完全記錄在醫療記錄內。」

Note-se que o tribunal colectivo distinguiu impecavelmente duas coisas: de um lado, deve ser contante do registo clínico «原告接受治療期間發生的事情，例如原告主張的症狀、醫護人員對原告所作的檢查及治療這些事實» e, de outro, é provável não constar do mesmo registo clínico factos respeitantes «涉及原告及醫護人員曾就病情作出的討論或建議».

A seguir, quanto à data da sugestão de efectivar a operação cirúrgica, o douto tribunal colectivo explicou mais especificamente que «有關切除脾臟手術的問題，醫護人員是否在原告第一次入院期間才向原告提出此建議，原告的醫療記錄僅記載了醫護人員於 2004 年 3 月 2 日（卷宗第 23 頁）曾向原告父親提出此建議，但其表示準備向中醫查詢原告的病情，於 2004 年 3 月 4 日（卷宗第 24 頁）再次向原告父母建議進行手術，但二人表示需要考慮：證人之證言方面，……。由於雙方各執一詞，加上多名證人均表示醫護人員對病人作出的醫療建議不一定全記載在醫療記錄內，合議庭不能認定哪一方的說法才屬實。」

Tendo em conta que o consentimento do recorrente e da mãe da A. para proceder-se à aludida operação tem de revestir-se a forma escrita e de constar do processo clínico da A., não podemos deixar de entender que não existe a assacada «contradição insanável de fundamentação».

Seja como for, não se descortina que o tribunal colectivo desse por provado «而認定上诉人及受害人的母親（直至出事時）沒有同意/甚至是反對為受害人施行切脾手術。」 O que sucede é que o tribunal colectivo deu como não provada a matéria referida no quesito 9).

Por todo o expendido acima, propendemos pela *improcedência* do presente recurso jurisdiccional.

³ 已審理查明事實如下：

- 原告於 1988 年 08 月 11 日出生，現無法繼續正常學業或工作(已證事實 A)項)。
- 原告於昏迷前為學生，屬由被告支付醫療費用之受益人(已證事實 B)項)。

- 於 2004 年 02 月 29 日早上，原告由 A 陪同下到達仁伯爵綜合醫院急診室(已證事實 C)項。
- 當時，原告的血常規顯示貧血和血小板數值明顯偏低(Hb 7.2g/dl Plt $3 \times 10^9/L$)，故 C 醫生接收原告入院作觀察及治療(已證事實 D)項。
- A 自知道原告患有免疫性血小板減少性紫癜後，積極透過閱讀相關書籍、互聯網等途徑，以便對女兒的疾病有所了解(已證事實 E)項。
- 2004 年 03 月 01 日約 17 時，A 在仁伯爵綜合醫院與 C 醫生會面，以了解原告的病情(已證事實 F)項。
- 於會面中，C 醫生表示原告長期服用激素血小板數值仍偏低，建議為原告作脾臟切除(已證事實 G)項。
- 當時 C 醫生沒有要求 A 為原告簽署手術同意書(已證事實 H)項。
- C 醫生向 A 提供原告的驗血資料(已證事實 I)項。
- 2004 年 03 月 04 日，經醫生評估原告的病情後，原告出院(已證事實 J)項。
- 2004 年 03 月 06 日中午 12 時 11 分，A 陪同原告到仁伯爵綜合醫院急診室，後來原告被接收入院治療(已證事實 K)項。
- 原告於 2004 年 03 月 09 日上午再次進行了腦 C.T.掃描檢查，報告內容見卷宗第 418 頁(已證事實 L)項。
- 原告於 2004 年 03 月 09 日 15 時 50 分被送往手術室進行脾臟切除及腦部手術(已證事實 M)項。
- 原告於 2004 年 03 月 09 日下午進行之腦 C.T.掃描檢查，報告內容見卷宗第 433 頁(已證事實 N)項。
- Depois do dia 09 de Março de 2004 a Autora ficou aos cuidados do CHCSJ até ao dia 03 de Maio de 2006 (已證事實 O)項。
- Foi recebida, no mesmo dia, pelas 15H00, pelo Centro de Recuperação da Associação Geral dos Operários de Macau (已證事實 P)項。
- 澳門衛生局醫療活動申訴評估中心針對 A 提出之醫療申訴，對個案作出評估及回覆(見卷宗第 136 頁至第 141 頁，有關內容在此視為完全轉錄)(已證事實 Q)項。
- 最少自 2001 年 12 月 17 日起原告被診斷患有免疫性血小板減少性紫癜，在仁伯爵綜合醫院臨床血液科門診隨訪診治二年多(疑問列 1)項之回答)。
- 雖然原告患有免疫性血小板減少性紫癜，但無礙其正常生活及學業，昏迷前原告乃一名健康快樂之女孩，學業成績一般(疑問列 2)項之回答)。
- 原告於 2004 年 02 月 29 日早上前往仁伯爵綜合醫院就診，因出現左下肢疼痛伴有頭痛及頸痛(疑問列 3)項之回答)。
- 於不確定日期，C 醫生曾向 A 表示，如原告出現頭痛之情況可服用不含阿斯匹靈的頭痛藥(疑問列 5)項之回答)。
- C 醫生曾向 A 表示服用激素可能引起頭痛(疑問列 7)項之回答)。
- C 醫生在原告第一次入院期間認為沒有需要為原告進行腦 CT 掃描(疑問列 8)項之回答)。
- 於已證事實 F)項之會面中，C 醫生同時向 A 表示，若安排脾臟切除手術，會盡量安排在同年復活節期間進行(疑問列 11)項之回答)。
- 於已證事實 F)項之會面中，A 向 C 醫生表示欲帶原告往內地求醫，並要求 C 醫生提供已證事實 I)項所指之驗血資料，以便作參考(疑問列 12)項之回答)。
- 原告於 2004 年 03 月 04 日出院當日下肢疼痛有所舒緩(疑問列 13)項之回答)。
- 原告於 2004 年 03 月 06 日求診當日投訴感覺左下肢疼痛、頭痛及嘔心(疑問列 14)項之回答)。
- 於 2004 年 03 月 08 日下午 5 時 45 分替原告進行腦 CT 掃描，確診為顱內出血(疑問列 15)項之回答)。
- 當時的醫生表示要再安排原告作腦 CT 掃描，看情況後再作決定(疑問列 16)項之回答)。
- 其後，A 獲通知第二次腦 C.T.掃描之檢查結果，原告腦部血腫沒有惡化跡象，故暫不用為原告安排清除顱內血腫的手術(疑問列 17)項之回答)。
- 原告自 2004 年 03 月 09 日進行脾臟切除手術後，一直昏迷及處於植物人狀態(疑問列 18)

-
- 項之回答)。
- 因預期原告病情不會有任何好轉，故原告被轉往氹仔橋樑前地工聯康復中心接受護理治療(疑問列19)項之回答)。
 - 原告病情一直沒有任何好轉(疑問列20)項之回答)。
 - 根據澳門統計局資料，本澳最近三年(2004至2006年)就業人口每月工作收入中位數分別為澳門幣5,167元、澳門幣5,773元及澳門幣7,000元，即平均收入為澳門幣5,980元(疑問列22)項之回答)。
 - 為支付原告於中國內地自2005年01月24日至2005年04月14日住院期間之護理治療費用合共人民幣141,314.50元，為應付護理治療費用，A因此需向親友借款(疑問列23)項之回答)。
 - A為澳門保安部隊.....編制副警長，為了照顧原告，由2005年01月25日至2006年01月24日申請了一年短期無薪假，原告父親在該假期前後的收入載於卷宗第114至122頁(疑問列24)項之回答)。
 - 原告轉往康復中心後，其家人為原告提供額外食物而花費了一些金錢(疑問列25)項之回答)。
 - 原告聽到聲音會有反應，作物理治療時亦有痛楚感覺(疑問列26)項之回答)。
 - 於昏迷前，原告之血小板數值經常處於低水平，例如2004年02月19日的驗血報告，原告的血小板數值僅為 $5 \times 10^9/L$ 或 $5.000/mm^3$ ，低於參考數值 $150 \times 10^9/L$ 或 $150.000/mm^3$ 至 $400 \times 10^9/L$ 或 $400.000/mm^3$ (疑問列27)項之回答)。
 - A Autora tinha já entrado no estado crónico da doença, uma vez que, não obstante a terapia aplicada, ao longo de mais de 2 anos, continuava a apresentar, especialmente quando não recebia tratamento, um número de plaquetas inferior a $20 \times 10^9/L$ ou $20.000/mm^3$ (疑問列29)項之回答)。
 - A Autora chegava a apresentar às consultas de hematologia com uma contagem de plaquetas de $4 \times 10^9/L$ ou $4.000/mm^3$ sem que contudo se manifestasse quaisquer sintomas(疑問列30)項之回答)。
 - Aquando da admissão no Serviço de Urgência às 9H36 do dia 29 de Fevereiro de 2004, as queixas apresentadas pelo A. foram as seguintes:
 - Dor no joelho e gémio esquerdos há 4 dias, com agravamento naquele dia(疑問列30-A)項之回答)。
 - Foi registado o seguinte:
 - História de plaquetas baixas com seguimento pela Hematologia com prednisolona;
 - ITP, seguimento na Hematologia há 3 anos;
 - Sangramento das gengivas naquela manhã. Naquele momento tinha parado(疑問列30-B)項之回答)。
 - Na altura em que se encontrava na Urgência do CHCSJ no dia 29 de Fevereiro de 2004, a Autora não apresentou hemorragia subcutânea e tinha sangramento intermitente das gengivas(疑問列31)項之回答)。
 - Verificou-se que não tinha dores no joelho direito e que os tecidos moles do joelho e gémio esquerdos estavam macios(疑問列32)項之回答)。
 - A “Ac” foi regular e o abdómen estava mole não apresentando murmúrio(疑問列33)項之回答)。
 - A seguir, ainda na Urgência, a Autora foi vista pelo médico hematologista, pelas 12H20, e ali não fez quaisquer queixas de dores de cabeça ou no pescoço(疑問列34)項之回答)。
 - O internamento destinou-se à observação da Autora, estabilização do seu estado clínico e à preparação para um tratamento imunológico(疑問列35)項之回答)。
 - Durante o internamento de 29 de Fevereiro de 2004 a 04 de Março de 2004, a Autora queixou-se quatro vezes de dores de cabeça(疑問列36)項之回答)。
 - A primeira vez foi às 16H00 do dia 01 de Março de 2004, não houve vômito, estando consciente(疑問列37)項之回答)。
 - A segunda vez foi às 19H30 do dia 02 de Março de 2004, com 38.3° de temperatura, não houve

-
- vômito, estando consciente (疑問列 38) 項之回答).
- A terceira vez foi às 02H30 do dia 03 de Março de 2004, com 38.2° de temperatura, não houve vômito, estando consciente e a quarta vez ocorreu entre 8H00 e 16H00 do mesmo dia, não houve vômito nem febre, estando consciente (疑問列 39) 項之回答).
 - Alguma da medicação que foi administrada à Autora, durante o internamento, pode provocar dores de cabeça (疑問列 40) 項之回答).
 - Em pacientes com ITP, não basta que exista dor de cabeça para que se suspeite logo de hemorragia intracraniana (疑問列 41) 項之回答).
 - Deve, avaliar-se e monitorizar-se o paciente, analisando-se muito outros aspectos, designadamente, a intensidade e persistência da dor, o estado geral do paciente, os seus sinais vitais, outra sintomatologia simultânea como o vômito, a existência ou não de alterações neurológicas ou de sinais evidentes de hemorragia activa, entre outros (疑問列 42) 項之回答).
 - As dores de cabeça sentidas pela Autora no internamento de 29 de Fevereiro a 04 de Março de 2004, foram analisadas e vigiadas (疑問列 43) 項之回答).
 - A intermitência das dores de cabeça, os sinais vitais da Autora, o seu estado de consciência, a inexistência de vômito ou náuseas, não indicaram a existência de qualquer hemorragia intracraniana que tivesse vindo a desenvolver-se ou tivesse ocorrido durante o 1º internamento (疑問列 44) 項之回答).
 - A sintomatologia apresentada pela Autora no internamento de 29 de Fevereiro de 2004 a 04 de Março de 2008, não implicou indicação médica de realização de TAC cerebral, uma vez que se inseriu nos casos considerados como de baixo risco de lesão intracraniana (疑問列 45) 項之回答).
 - A Autora teve alta referida no facto assente J) porque tinha já recebido tratamento para aumento do número de plaquetas e estas, haviam aumentado de $3 \times 10^9/L$ ou 3.000/mm³, em 29 de Fevereiro de 2004, para $6 \times 10^9/L$ ou 6.000/mm³, em 3 de Março de 2004 e porque a sua condição clínica o permitia (疑問列 47) 項之回答).
 - Aquando da alta foi dada prescrição medicamentosa e aconselhamento de seguimento da consulta externa de Hematologia (疑問列 48) 項之回答).
 - Desde que entrou na Urgência Geral, no dia 06 de Março de 2004, e enquanto ali esteve, até ser transferida para o Serviço de Medicina II, no dia 7 de Março, a Autora apenas se queixou de dores de cabeça e náusea à chegada (疑問列 49) 項之回答).
 - Tendo-lhe sido prestada toda a assistência médica e medicamentosa adequada ao seu quadro clínico (疑問列 50) 項之回答).
 - As queixas vinham mais uma vez direccionadas para o membro inferior esquerdo (疑問列 51) 項之回答).
 - Não apresentando a Autora instabilidade dos sinais vitais (疑問列 52) 項之回答).
 - Durante todo o dia 07 de Março de 2004, no Serviço de Medicina II, e até à 3H00 do dia 08 de Março de 2004, a Autora não apresentou queixas de dores de cabeça (疑問列 53) 項之回答).
 - Os sinais vitais estavam normais e estáveis (疑問列 54) 項之回答).
 - Como, inclusivamente, a partir das 14H00, nem sequer se queixou mais de dores no joelho e, ainda assim, continuou sob observação (疑問列 55) 項之回答).
 - Às 03H00 do dia 08 de Março de 2004 a Autora queixa-se pela primeira vez de dores de cabeça fortes e é-lhe dado Paracetamol (疑問列 56) 項之回答).
 - Essas dores não foram acompanhadas de vômito (疑問列 57) 項之回答).
 - Às 06H00 foram avaliados os sinais vitais que estavam normais (疑問列 58) 項之回答).
 - Às 09H30 a Autora queixou-se de dores de cabeça e foi-lhe dado Paracetamol e vomitou depois de pequeno almoço (疑問列 59) 項之回答).
 - Pelas 12H00 a Autora queixou-se de dores de cabeça, os sinais vitais estavam estáveis e normais, os médicos de hematologia foram vê-la, fizeram o respectivo exame físico (疑問列 60) 項之回答).

-
- 答).
- E solicitaram a consulta dos médicos de neurologia (疑問列 61) 項之回答).
 - Pelas 14H00, a família foi visitar a Autora (疑問列 62) 項之回答).
 - Pelas 16H10 a Autora queixou-se de dores de cabeça, estava consciente e acamada (疑問列 63) 項之回答).
 - Pelas 17H00 do dia 08 de Março a Autora foi vista pela médica de neurologia que, depois de fazer o exame físico verificou o seguinte estado:
 - Consciente;
 - Nervos cranianos estavam normais;
 - Pescoço rígido;
 - Sinal de Kernig (+);
 - Força muscular: 5 em todos os membros;
 - Sinal de Babinski (-) (疑問列 65) 項之回答).
 - Feito o exame físico aquela médica mandou fazer um TAC urgente (疑問列 66) 項之回答).
 - Às 17H15 a Autora foi levada para aos Serviços de Imagiologia para fazer o TAC (疑問列 67) 項之回答).
 - Que foi feito às 17H45 (疑問列 68) 項之回答).
 - Às 17H50 a Autora foi levada de novo para o Serviço de Medicina II, e foi vista pelo médico hematologista que tratou de assunto relacionado com a folha de visita com a família (疑問列 69) 項之回答).
 - Às 17H15 e 20H15, a Autora vomitou duas vezes conteúdo gástrico sendo que na primeira vez de cor verde e na segunda vez de cor amarela e às 20H10, a Autora queixa-se, pela segunda vez, dores de cabeça forte (疑問列 70) 項之回答).
 - Pelas 19H40 a médica neurologista foi ao Serviço de Medicina II ver o filme / relatório do TAC e diagnosticou a existência de hematomas em ambos os lobos frontais e no lobo parietal esquerdo (疑問列 71) 項之回答).
 - O maior dos hematomas detectados tinha, pelo menos, 2,8 x 2,6 cm, o sistema ventricular, os sulcos, e as fissuras de ambas as cisternas silvianas não apresentavam alterações, as estruturas da linha mediana cerebral não estavam desviadas e não foi encontrada qualquer anormalidade no osso do crânio (疑問列 72) 項之回答).
 - De imediato foi prescrita a terapêutica (疑問列 73) 項之回答).
 - Entre a medicação prescrita se encontrava o Manitol, Vitamina K, Ceftriaxone, Soro Glicosado e Cloreto de Potássio (疑問列 74) 項之回答).
 - Às 20H15 começou-se a prestar assistência medicamentosa de acordo com as instruções dadas anteriormente pelos médicos: o início da transfusão das 6 unidades de plaquetas, administração de Hidrocortisona e que se seguiu a infusão lenta de IVIG (疑問列 75) 項及 76) 項之回答).
 - Às 21H00 a Autora tinha os sinais vitais estáveis, apresentava 37,5° de temperatura e queixou-se de dores de cabeça, tendo sido aplicado um saco de gelo (疑問列 77) 項之回答).
 - Às 21H30 foi dada assistência medicamentosa à Autora de acordo com a prescrição médica anterior, tendo acabado a transfusão das plaquetas e começado a administração do Hidrocortisona (疑問列 78) 項之回答).
 - Às 21H32 foi administrado IVIG à Autora de acordo com a prescrição médica anterior (疑問列 79) 項之回答).
 - Às 22H10 a Autora queixou-se de dispnéia e foi vista pelo médico hematologista (疑問列 80) 項之回答).
 - Feito o exame físico, verificou-se o seguinte:
 - Ap (+), Ac (-);
 - Consciente (疑問列 81) 項之回答).
 - Às 22H10, foi chamado o Dr. C, que deu oxigénio à Autora, bem como a medicação -

-
- Reniditina (疑問列 82) 項之回答).
- Às 22H30 verificou-se que a situação da Autora piorou e foi chamado outro médico hemotologista e o neurocirurgião para examinarem a Autora (疑問列 83) 項之回答).
 - O médico hematologista acrescentou um medicamento - Hemocaprol (疑問列 84) 項之回答).
 - Às 23H20 a Autora queixou-se de dores de cabeça e vomitou e foi ordenada a realização de um TAC urgente (疑問列 85) 項之回答).
 - Às 23H30 a Autora foi vista pelo médico neurocirurgião, que fez o exame neurológico, tendo verificado o seguinte:
 - Completamente consciente;
 - Pupilas normais e iguais e reagindo bem à luz;
 - Simetria facial;
 - Força muscular das extremidades grau 5;
 - Sinal de Babinski (-) em ambos os lados (疑問列 86) 項之回答).
 - Mais foi anotado o número de plaquetas de 4000/mm³ bem como o seguinte: K⁺Na⁺C1⁻ normal (疑問列 87) 項之回答).
 - Visto o 2º TAC foi prescrito o tratamento no qual se incluiu:
 - Transusão de 6 unidades de plaquetas (já feita) e observação;
 - Continuação da terapia com o neurologista;
 - Monitorização dos sinais vitais da paciente e a GCS se necessário repetir TAC cerebral;
 - Seguimento (疑問列 88) 項之回答).
 - Às 23H35, o médico hematologista que estava na sala do TAC telefonou para o Serviço de Medicina II para se preparar Manitol para administração (疑問列 89) 項之回答).
 - À 00H00 do dia 09 de Março de 2004, a Autora é vista pelo médico neurocirurgião, queixando-se de dores de cabeça e vômito (疑問列 90) 項之回答).
 - Analisado o resultado do segundo TAC entendeu-se que o hematoma intracraniano podia ter o mesmo tamanho que no TAC anterior, que o edema à volta do hematoma era mais óbvio que antes, e que não havia desvio na linha mediana (疑問列 91) 項之回答).
 - No Relatório do Serviço de Imagiologia consta ainda que não foi descoberta mais nenhuma lesão no cérebro (疑問列 92) 項之回答).
 - À 00H50, o médico observou a Autora, registou que esta vomitou e analisou o Relatório do segundo TAC, tendo prescrito a continuação da observação apertada e um tratamento sintomático no qual se incluiu a transfusão de plaquetas, dexametasona, e repetir as análise ao sangue e bioquímica (疑問列 93) 項之回答).
 - À 01H00 foi prestada assistência medicamentosa à Autora, com o início da transfusão de 6 unidades de plaquetas e administração de Lasix (疑問列 94) 項之回答).
 - À 01H45 a Autora queixou-se de dores de cabeça e o facto foi comunicado ao médico de urgência que prescreveu observação (疑問列 95) 項之回答).
 - Por volta das 02H30 a Autora queixou-se pela terceira vez de dores de cabeça fortes e persistentes e vomitou e que não tinha sentido alívio, o que foi comunicado ao médico de urgência. Foram também avaliados os sinais vitais (疑問列 96) 項之回答).
 - Por isso às 02H40 o médico de urgência foi ver a Autora, tendo aquele médico feito o exame físico e verificado o seguinte – consciente, agitada (疑問列 97) 項之回答).
 - O médico analisou a evolução entre os dois TACs e prescreveu um aumento da dose de Manitol e Valium, e que se continuasse a observação (疑問列 98) 項之回答).
 - Às 02H50 foi administrada a medicação prescrita (疑問列 99) 項之回答).
 - Às 06H00 foram registados os sinais vitais que permaneciam com valores normais (疑問列 100) 項之回答).
 - Às 09H00, foi feito o exame à Autora e constatou-se o seguinte:
 - ↓Reposta, sonolência, ↓BP (pressão arterial), ↓HR (ritmo cardíaco);

-
- Pupilas simétricas bilateralmente, tem bom reflexo à luz no lado direito e ↓no lado esquerdo;
 - Pescoço rígido;
 - AP (-);
 - Movimento autónomo dos membros (疑問列 101)項之回答).
- De imediato aquela médica deu indicação para que se contactasse o médico hematologista, Dr. C, e prescreveu como terapêutica uma monitorização atenta dos sinais vitais e da GCS, e a transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos devido à deterioração do estado da Autora (疑問列 102)項之回答). Às 09H07 foram avaliados os sinais vitais da Autora, que apresentava uma pressão arterial de 66/34 e pulsação de 66 o que foi comunicado à médica de Medicina Interna que prescreveu o medicamento - Hemocel (疑問列 103)項之回答).
 - Às 09H10 foram avaliados os sinais vitais da Autora, que apresentava uma pressão arterial de 110/71 e pulsação de 46, tendo sido ainda verificada o SPO² (血氧濃度) que estava em 100% (疑問列 104)項之回答).
 - Às 09H30 foram avaliados os sinais vitais da Autora, que apresentava pulsação de 43, tendo-lhe sido administrada Atropina, na quantidade e forma descritas no registo de enfermagem daquela hora (疑問列 105)項之回答).
 - Foi ordenado um TAC urgente para avaliação da situação intracraniana (疑問列 106)項之回答).
 - Às 10H10 a Autora foi vista pela médica de Medicina Interna que avaliou o resultado do terceiro TAC tendo registado que o tamanho do hematoma tinha aumentado ligeiramente (疑問列 107)項之回答).
 - Feito o exame físico verificou-se o aparecimento da posição de opisthotonos e que a Autora entrou num estado de sonolência (疑問列 108)項之回答).
 - De imediato foram dadas ordens para se contactar a cirurgia geral para consulta sobre esplenectomia urgente, contactar a neurocirurgia para consulta sobre o hematoma cerebral e contactar a Unidade de Cuidados Intensivos para transferência (疑問列 109)項之回答).
 - De seguida a Autora foi vista pelo médico neurocirurgião que fez o exame e registou o seguinte:
 - Paciente consciente;
 - Pupilas redondas e iguais
 - O novo TAC cerebral revela que o tamanho do hematoma cerebral pode ser do mesmo tamanho que anteriormente; não existe desvio na linha mediana do cérebro e não há pressão no sistema ventricular (疑問列 110)項之回答).
 - A terapêutica ordenada por aquele médico foi que se continuasse a observação e o tratamento foi prescrito e bem assim que a Autora fosse seguida (疑問列 111)項之回答).
 - Às 10H20 foi dada a medicação - Hidatrim (疑問列 112)項之回答).
 - Às 10H25 foram avaliados os sinais vitais da Autora (疑問列 113)項之回答).
 - Às 10H48 foi começada a transfusão de 6 unidades de plaquetas, a Autora foi algaliada, verificou-se que tinha drenado urina clara e foram avaliados os sinais vitais da Autora (疑問列 114)項之回答).
 - Às 11H10 foram avaliados os sinais vitais da Autora (疑問列 115)項之回答).
 - Às 12H00 acabou a transfusão das plaquetas e a médica disse para se parar o Lasix, foram ainda avaliados os sinais vitais (疑問列 116)項之回答).
 - Por volta das 12H15 foi ordenado um TAC abdominal urgente (疑問列 117)項之回答).
 - Pelas 12H05 do dia 09 de Março de 2004, os pais assinaram a declaração de consentimento para a realização de esplenectomia e “exploratory laparotomy” que lhes foi apresentada pelo cirurgião (疑問列 118)項之回答).
 - Às 13H00, a A. foi avaliado como tendo um risco de grau 4 que, segundo o sistema de classificação do estado físico da American Society Anesthesiologists, sendo paciente com grave doença sistémica que é uma constante ameaça para a vida (疑問列 118-A)項之回答).

-
- Às 13H45 e às 14H10 foram avaliados os sinais vitais da Autora (疑問列 119) 項之回答).
 - Às 15H00 a Autora entrou em estado inconsciente e foi vista pela médica de Medicina Interna que diagnosticou coma (疑問列 120) 項之回答).
 - Às 15H25 foi ordenado um TAC cerebral urgente, avaliaram-se os sinais vitais e o SPO² (血氧濃度) estava a 100% (疑問列 121) 項之回答).
 - A remoção do baço seja uma das terapias a considerar para doentes, desaparecendo a função imunológica daquele órgão, pode eventualmente parar o processo de destruição das plaquetas, proporcionando, eventualmente, um aumento do seu número (疑問列 122) 項之回答).
 - Mesmo removendo o baço não há garantia de que o número de plaquetas aumente (疑問列 123) 項之回答).
 - Antes da remoção do baço são considerados outros tratamentos (疑問列 124) 項之回答).
 - Quando a Autora deu entrada no Serviço de Medicina II, no dia 07 de Março de 2004, o número de plaquetas era muito baixo – $4 \times 10^9/L$ ou $4.000/mm^3$ (疑問列 125) 項之回答).
 - Foram feitas várias transfusões de plaquetas à Autora, no sentido de tentar que o número aumentasse para valores aceitáveis (疑問列 128) 項之回答).
 - Mesmo depois de se decidir pela realização das operações a que a Autora foi submetida era fundamental observar os sinais vitais da Autora e, em especial, os sinais neurológicos, através da realização de sucessivos exames físicos neurológicos e avaliação dos sinais vitais (疑問列 129) 項之回答).
 - O contexto neurológico foi seguido, pela análise dos resultados dos TACs e da constatação de que o tamanho do hematoma não havia sofrido alterações substanciais (疑問列 130) 項之回答).
 - Da análise dos TACs não resultaram evidência de hemorragia activa, uma vez que os hematomas pequenos não sofreram alterações e apenas o maior aumentou ligeiramente (疑問列 131) 項之回答).
 - Tendo sido ministrada medicação destinada a diminuir a pressão intracraniana, designadamente o Manitol (疑問列 132) 項之回答).
 - A taxa de hemorragia fatal foi estimada entre 0.0162 e 0.0389 casos, por paciente, por ano, em risco (疑問列 134) 項之回答).
 - O risco de hemorragia fatal é de 0,4% por ano para pacientes com menos de 40 anos (疑問列 135) 項之回答).
 - Face ao quadro clínico que a Autora apresentou até à madrugada do dia 08 de Março de 2004, nada fazia prever que pudesse vir a ter uma hemorragia cerebral (疑問列 136) 項之回答).
 - Antes da realização do 3º CT, todos os dados clínicos, aconselharam uma observação atenta e monitorização dos sinais vitais e neurológicos da Autora, acompanhada de medicação adequada e repetição do CT caso necessário (疑問列 137) 項之回答).
 - Por vezes, em situações de hematoma intracraniano, o organismo acaba por absorver o hematoma (疑問列 138) 項之回答).
 - As transfusões de plaquetas, uma terapêutica que se aplicou, não só com o intuito de garantir maior segurança nas operações mas também com o intuito de controlar a hemorragia (疑問列 139) 項之回答).
 - Da observação dos filmes dos TACs, era possível concluir que os hematomas eram muito recentes (疑問列 140) 項之回答).
 - E que deveriam ter ocorrido em momento muito próximo da data em que o primeiro TAC foi feito, designadamente 24 horas antes (疑問列 141) 項之回答).
 - Desde que deu entrada no Centro de Recuperação da Associação dos Operários de Macau, não foi cobrado à Autora, nem a qualquer dos seus familiares, qualquer quantia a título de despesas com cuidados médicos e medicamentosos (疑問列 142) 項之回答).

*

三.理由陳述

I. 先決問題：

第 1486 頁：

原告指被告就其上訴作出的答覆逾期，理由是雖然其在上訴中提出了重新評價被錄製成視聽資料之證據之聲請，但並沒有提出延長上訴期之請求。故此，被告提交對上訴之答覆期限應於 2015 年 03 月 23 日完結，其於 2015 年 04 月 14 日方才提交答覆，明顯屬逾期提交。

基於此，請求將有關答覆抽出並退回給被告。

因《行政訴訟法典》第 1 條而準用的《民事訴訟法典》第 613 條第 6 款規定如下：

“....

6. 如上訴之標的為重新評價被錄製成視聽資料之證據，則以上各款所指之期間均延長十日。”

從上述轉錄的法規可見，只要上訴的標的涉及重新評價被錄製成視聽資料之證據，則雙方當事人提交上訴陳述及相關答覆的期間延長 10 日。

有關訴訟權利只取決於上訴是否涉及重新評價被錄製成視聽資料之證據，並不取決於上訴方有否行使相關權利。

申言之，原告沒有行使延長期間的權利，並不影響被告行使相關之權利。

綜上所述，駁回原告的請求。

附隨事項之司法費訂為 1/2UC，但其享有免交之司法援助。

II. 實體問題：

(1) 對事實方面裁判之爭執：

原告針對原審法院就待調查事實第 3 至 16 項及第 28 項所作之事實裁判提出了以下爭執：

(i) 待調查事實第 3 項：

“3.

原告於 2004 年 2 月 29 日早上前往仁伯爵綜合醫院就診，因出現左下肢疼痛伴有頭痛及頸痛？”

上述待調查事實獲原審法院證實：

“原告於 2004 年 2 月 29 日早上前往仁伯爵綜合醫院就診，因出現左下肢疼痛伴有頭痛及頸痛。”

然而，原告認為上述待調查事實應獲證實如下：

“原告於 2004 年 2 月 29 日早上前往仁伯爵綜合醫院就診，因出現左下肢有壓痛，全身出血點及血小板只得數千，牙肉有出血伴有頭痛及頸痛等癥狀。”

其理由在於第 1 證人 A 陳述 2004 年 02 月 29 日是由他陪同原告入院，當時原告感到頭痛，頸痛及腳痛(庭審錄音：07-Feb-2014, 12.38.55)。而第 3 證人 C 醫生陳述原告入院時左下肢有壓痛，全身出血點及血小板只得數千，牙肉有出血伴有頭痛及頸痛等癥狀(庭審錄音：21-Feb-2014, 15.23.41 及 15.32.24)。

(ii) 待調查事實第 4 項：

“4.

原告在該次入院前六個月均有頭痛及曾有一至二次嘔吐現象？”

上述待調查事實未能獲得證實。

原告認為上述待調查事實應被獲得證實，因在庭審之中，原告第 1 證人 A 陳述原告從 2003 年尾的情況愈來愈差，出現頭痛，甚至出現嘔吐的情況。2004 年 02 月 23 日有問過頭痛是何原因引致，當時 C 醫生回答頭痛是由激素引起(庭審錄音:07-Feb-2014, 12.38.55 及

12.41.11)。而第 3 證人 C 亦承認曾叫原告父親買不含阿士匹靈的頭痛藥給原告食(庭審錄音:21-Feb-2014, 15.34.47)。而根卷宗第 267 頁的回覆投訴信函, 第 4 段記載: “於 04 年 2 月 23 日覆診, 是次會面期間, 其父親曾提及患者過去偶有頭痛”, 及 270 頁的醫療報告最後一段記載, “陳小姐於近幾個月來均偶訴頭痛”。及根據卷宗第 69 頁澳門衛生局醫療活動申訴評估中心會議對 C 醫生所作的筆錄聲明, 當中載有: “直至 2004 年 2 月 29 日因左下肢疼痛伴有頭痛到山頂醫院住院治療”, 及第 70 頁記載 E 醫生問: “患兒頭痛已半年, 你認為是激素引起的?” 當時 C 回答: “是, 當時患兒的頭痛可能是由激素引起的”, 而且第 70 頁最下一段, I 醫生問, 在兩次入院時患兒均有頭痛的主訴(...). 而 C 醫生回答: “本個案患兒父親曾提及患兒出現嚴重頭痛, 但本人認為患者頭痛並非如其父親所說的程度(...)”。

(iii) 待調查事實第 5 項:

“5.

於既證事實 F) 項之會面中, A 向 C 醫生表示, 原告已按其醫囑: “服用不含阿斯匹靈的頭痛藥便不會頭痛”, 但原告服用了不含阿斯匹靈的頭痛藥, 至當時仍然頭痛?”

原審法院證實如下:

“於不確定日期, C 醫生曾向 A 表示, 如原告出現頭痛之情況可服用不含阿斯匹靈的頭痛藥。”

原告認為上述待調查事實應獲證實如下:

“於既證事實 F) 項之會面中, A 向 C 醫生表示, 原告已按其醫囑: “服用不含阿斯匹靈的頭痛藥便不會頭痛”, 但原告服用了不含阿斯匹靈的頭痛藥, 至當時仍然頭痛。”

因其認為在庭審之中, 第 1 證人 A 清楚講述其曾向 C 醫生提及原

告服用了不含阿士匹靈的頭痛藥，但原告仍然頭痛(庭審錄音:07-Feb-2014,12.41.11)，而根據 C 醫生承認曾提議原告的父親將不含阿士匹靈的頭痛藥給予原告服用(庭審錄音:21-Feb-2014, 15.34.47)。

(iv) 待調查事實第 6 及 7 項：

“6.

由於對原告疾病的癥狀有初步認識，並擔心原告的病情，A 主動詢問 C 醫生原告是否有腦出血癥狀？”

7.

C 醫生向 A 表示原告沒有腦出血癥狀，原告長期頭痛是服用激素引起？”

待調查事實第 6 項未能獲得證實，而第 7 項則被證實為：

“C 醫生曾向 A 表示服用激素可能引起頭痛。”

原告認為待調查事實第 6 及第 7 項應獲證實如下：

“6.

由於對原告疾病的癥狀有初步認識，並擔心原告的病情，A 主動詢問 C 醫生原告是否有腦出血癥狀。

7.

C 醫生向 A 表示原告沒有腦出血癥狀，原告長期頭痛是服用激素引起。”

其理由在於第 1 證人 A 在庭上陳述，其於 2004 年 03 月 01 日約下午 5 時，向 C 醫生提出其擔心原告可能出現腦出血，因為證人知道原告的病最嚴重的情況便是出現腦出血，但 C 醫生當時很清楚對第 1 證人說：“無腦出血癥狀，可能長期服用激素”(庭審錄音:07-Feb-2014, 12.43.05、12.43.19 及 12.44.09)。而第 3 證人 C 醫生則回答說不肯定 A 有沒有問過(庭審錄音:21-Feb-2014, 15.36.05 及 15.39.40)。

(v) 待調查事實第 8 項：

“8.

C 醫生判斷原告沒有腦出血癥狀，亦從沒有進行詳細檢查尤其是腦 C.T.掃描？”

上述待調查事實被證實為：

“C 醫生在原告第一次入院期間認為沒有需要為原告進行腦 CT 掃描”。

原告認為待調查事實第 8 項應獲證實如下：

“C 醫生判斷原告沒有腦出血癥狀，亦從沒有進行詳細檢查尤其是腦 C.T.掃描。”

因其認為根據庭審所得及結合卷宗所載資料，C 醫生根本沒有考慮原告有否腦出血的問題，C 醫生只是回答每日巡房都有體檢及檢查中樞神經(庭審錄音:07-Feb-2014, 12.44.09 及 21-Feb-2014, 15.40.51)，結合卷宗第 70 頁其回答 E 醫生提問有沒有考慮過為患兒作腦 CT 檢查時回答：“在患兒第一次住院及之前是沒有考慮過此檢查”。

(vi) 待調查事實第 9 項：

“9.

A 為著女兒的健康，於既證事實 F) 項之會面中，即時同意 C 醫生的建議，為原告作脾臟切除？”

上述待調查事實未被證實。

原告則認為待調查事實第 9 項應被視為獲得證實，理由在於在庭審之中，原告第 1 證人 A 指早於 2003 年 03 月 01 日下午 5 時已即時向 C 醫生表示同意為原告進行手術，但當時 C 醫生向證人表示做手術需排期，要等 40 天即在當時的復活節才可進行手術。而且向第 1 證人強調，原告在復活節假期內的兩日做手術，做完就可出院，不會妨礙其學業，第 1 證人稱當時十分相信 C 醫生，所以不知道 C 醫生有否替原告排期進行手術，但第 1 證人當時是立即答應的(庭審錄音:

07-Feb-2014, 12.45.18 及 12.46.22)，而第 3 證人 C 醫生在庭上亦承認建議在復活節假期替原告進行脾切除手術，但指原告親人沒有同意(庭審錄音：21-Feb-2014, 15.49.32)。就這點爭拗點上第 1 證人與第 3 證人曾進行對質，雙方均堅持先前所說內容(庭審錄音：26-Feb-2014, 13.00.36 至 13.39.57) (代理人認為第 1 證人 A 的陳述較合邏輯及雙方對於在復活節進行切脾手術基本上已達成共悉，只是沒有排期的正式書面文件，庭審亦了解到原告“頻密”的每兩星期覆診一次，相信是為了進行該手術作準備)。

(vii) 待調查事實第 10 項：

“10.

上述會面中，C 醫生首次向 A 提出考慮為原告作脾臟切除？”

上述待調查事實未被證實。

原告則認為待調查事實第 10 項應被視為獲得證實，因在庭審之中，第 1 證人 A 堅稱是 2004 年 03 月 01 日 C 醫生首次向其提出脾臟切除手術(庭審錄音:07-Feb-2014, 12.46.22)，而根據卷宗第 23 及 24 頁，才記載有醫生與病人討論脾臟切除手術，與 A 所述吻合，而卷宗第 24 頁所用正式建議之字句，可以證明只是原告第一次入院時才提及脾臟切除手術。

(viii) 待調查事實第 11 項：

“11.

C 醫生同時向 A 表示，若安排脾臟切除手術，手術最快要等到 40 天後的復活節才可進行？”

上述待調查事實被證實為：

“於已證事實 F) 項之會面中，C 醫生同時向 A 表示，若安排脾臟切除手術，會盡量安排在同年復活節期間進行”。

原告認為待調查事實第 11 項應獲證實如下：

“C 醫生同時向 A 表示，若安排脾臟切除手術，手術最快要等到 40 天後的復活節才可進行。”

原告認為第 1 證人 A 與第 3 證人 C 曾講述手術將會在復活節進行，因為不會影響原告的學業，這裡沒有分歧(庭審錄音：07-Feb-2014, 12.46.22 及 21-Feb-2014, 15.49.32 及 15.50.59)，因此該待調查事實應被視為獲得證實。

(ix) 待調查事實第 12 項：

“12.

A 為免延醫會影響女兒的健康，向 C 醫生表示欲於等候進行上述手術期間，帶原告往廣州中醫院求醫，並要求 C 醫生提供既證事實 I) 項所指之驗血資料，以便給予中醫作參考？”

上述待調查事實被證實為：

“於已證事實 F) 項之會面中，A 為向 C 醫生表示欲帶原告往內地求醫，並要求 C 醫生提供已證事實 I) 項所指之驗血資料，以便作參考”。

原告認為上述待調查事實應獲證實如下：

“A 為免延醫會影響女兒的健康，向 C 醫生表示欲於等候進行上述手術期間，帶原告往廣州中醫院求醫，並要求 C 醫生提供既證事實 I) 項所指之驗血資料，以便給予中醫作參考。”

其理由在於在庭審之中，原告第 1 證人 A 及第 3 證人 C 均證明 C 醫生開出原告的血液資料以供中醫參考(庭審錄音：07-Feb-2014, 12.49.55 及 21-Feb-2014, 15.50.45)。

(x) 待調查事實第 13 項：

“13.

原告於 2004 年 3 月 4 日出院當日仍感到左下肢疼痛？”

上述待調查事實被證實為：

“原告於2004年3月4日出院當日下肢疼痛有所舒緩”。

原告認為上述待調查事實應獲證實如下：

“原告於2004年3月4日出院當日仍感到左下肢疼痛。”

其理由在於在庭審之中，原告第1證人 A 證實原告出院時仍然感到左下肢疼痛，需要以輪椅推出搭的士(庭審錄音:07-Feb-2014, 12.50.41)。

(xi) 待調查事實第14項：

“14.

原告於2004年3月6日求診當日投訴感覺強烈左下肢疼痛、頭痛及頸痛？”

上述待調查事實被證實為：

“原告於2004年3月6日求診當日投訴感覺左下肢疼痛、頭痛及嘔心”。

原告認為該待調查事實應獲得證實並更改如下：

“原告於2004年3月6日求診當日投訴感覺強烈左下肢疼痛及頭痛，左側眼淚水增多，面部及全身有出血點而入院。”

其理由在於在庭審之中，原告第1證人 A(庭審錄音:07-Feb-2014, 12.50.41)、第3證人 C 醫生(庭審錄音:21-Feb-2014, 15.57.37)、第4證人 E 醫生(庭審錄音:14-Feb-2014, 11.46.53)、第9證人 H 醫生(庭審錄音:28-Feb-2014, 11.09.04)及卷宗第81頁的看護人員之職務摘要表均能證明，原告入院時主訴左下肢疼痛及頭痛，左側眼淚水增多，面部及全身有出血點而入院。

(xii) 待調查事實第15項：

“15.

原告之頭痛極為嚴重且醫生束手無策，於2004年3月8日替原告進行腦C.T.掃描，確診為顱內出血？”

上述待調查事實被證實為：

“於2004年3月8日下午5時45分替原告進行腦CT掃描，確診為顱內出血”。

原告認為上述待調查事實應獲證實如下：

“原告之頭痛極為嚴重且醫生束手無策，於2004年3月8日替原告進行腦C.T.掃描，確診為顱內出血。”

原因為在庭審之中，結合原告第1證人 A(庭審錄音:07-Feb-2014, 12.50.41 及 12.54.53)、第3證人 C 醫生(庭審錄音: 21-Feb-2014, 15.59.37)、第4證人 E 醫生(庭審錄音: 14-Feb-2014, 11.50.51)、第7證人 G 醫生(庭審錄音: 28-Feb-2014, 10.17.41)、第8證人 H 醫生(庭審錄音:28-Feb-2014, 11.09.04)所述，及卷宗第78頁至82頁之看護人員之職務摘要表及83頁之臨床病歷，原告不斷主訴有頭痛及左下肢疼痛，但是院方主要只是給予止痛藥 Paracetamol，亦沒採取其他治療，只是觀察，直至2004年03月08日，下午17H00，神經外科X醫生來會診，才立即急做腦CT，之後確診為顱內出血。

(xiii) 待調查事實第16項：

“16.

A 立即要求安排原告接受脾臟切除手術，但當時腦科醫生表示要再安排原告作腦CT掃描，看情況是否惡化後再作決定？”

上述待調查事實被證實為：

“當時的醫生表示要再安排原告作腦CT掃描，看情況後再作決定”。

原告認為上述待調查事實應獲證實如下：

“A 立即要求安排原告接受脾臟切除手術，但當時腦科醫生表示要再安排原告作腦CT掃描，看情況是否惡化後再作決定。”

其理由在於在庭審之中，結合原告第1證人 A(庭審錄

音:07-Feb-2014, 12.54.53 及 12.55.47)、第 3 證人 C 醫生(庭審錄音: 21-Feb-2014, 16.04.00 至 16.09.47、第 4 證人 E 醫生(庭審錄音: 14-Feb-2014, 12.12.40)、第 7 證人 G 醫生(庭審錄音: 28-Feb-2014, 10.17.41)、第 8 證人 H 醫生(庭審錄音:28-Feb-2014, 11.10.28), 及卷宗第 421 頁之協議聲明書, 腦科醫生要再安排原告作腦 CT 掃描, 看情況是否惡化後才決定是否進行手術, 原告第 1 證人 A 清楚講述其當時正值晚飯時間, 收到消息馬上到醫院要求進行脾臟切除手術(庭審錄音:07-Feb-2014, 12.54.53)。

(xiv) 待調查事實第 28 項：

“28.

由原告被診斷出顱內出血的病危狀態直至被送往手術室, 原告的求護遭受最少 15 個小時的耽擱?”

上述待調查事實未獲得證實。

原告認為待調查事實第 28 項應被視為獲得證實, 理由如下：

根據卷宗第 78 頁至 82 頁之看護人員之職務摘要表, 原告是於 2004 年 03 月 08 日 17H00 第一次進行腦 CT, 之後於 19H00 確診為顱內出血, 一直延至 03 月 09 日 15H50 才被送往手術室, 這裡相差超過 20 個小時, 結合原告第 1 證人 A(庭審錄音:07-Feb-2014, 12.58.58 至 13.02.30)、第 3 證人 C 醫生(庭審錄音:21-Feb-2014, 16.05.43 及 16.09.47)、第 4 證人 E 醫生(庭審錄音: 14-Feb-2014, 12.14.33)、第 8 證人 H 醫生(庭審錄音:28-Feb-2014, 11.22.42)及第 9 證人 I 醫生(庭審錄音: 28-Feb-2014, 09.57.10)的證人證言, 若能提早進行脾臟切除手術, 應該可以避免是次對原告所造成的損害。

尤其是原告第 3 證人 C 醫生、第 4 證人 E 醫生所述(庭審錄音:14-Feb-2014, 12.12.40), 他們需要說服外科醫生進行手術。同時,

尤其是第 3 證人 C 醫生所述，他也很焦急，所以 03 月 08 日晚上 9 點已準備好手術同意書給外科醫生，但是要等到早上 9 點方才交到給外科醫生主(庭審錄音:21-Feb-2014, 16.05.43 及 16.09.47)。而被告第 10 證人 J 醫生亦如上 9 時上班還未有手術同意書，所以未能進行手術，被告第 13 證人 K 醫生講述因為 Y 醫生(腦外科)認為血腫沒增大所以繼續觀察，沒有立即進行手術。

但是，即使第三張 CT 證明血腫有再增大及雖然馬上進行手術(見卷宗第 80 頁及第 94 頁)，但已經對原告造成不可逆轉的傷害。故此，院方一直觀察而不立即進行當時唯一能有效提升血小板的切除脾臟手術，是導致今次事故發生的主因。

尤其是病人在 2004 年 02 月 29 日入院，當時已有腳痛、全身出血點，之後頭痛，對於患有免疫性血小板減少性紫癰(ITP)已是一警號；而 03 月 06 日入院時更加嚴重，但是即使當時原告已身在醫院，並接受密切“觀察”仍然產生應該可以避免的損害，證明仁伯爵綜合醫院的制度明顯存在漏洞，各部門溝通不足，以致導致今次的醫療事故。

*

原審法院對其心證形成作出了以下理由說明：

“...合議庭對本案認定的事實是透過分析原告的醫療紀錄結合鑑定人對待調查事實提供的意見以及在聽證時作出的解釋而得出的；另一方面，證人之證言包括其中二名證人的對質輔助了合議庭了解原告病情的演變及就醫期間事情發生的經過；當事人提交的醫學文獻亦令合議庭能進一步了解原告的病情；唯上述證據未能清晰解答本個案中的全部疑問，致使合議庭未能認定當事人提出的一些事實事宜是否屬實。

上述證據當中，合議庭視原告的醫療紀錄為重點。理由是雙方主張涉及原告接受診療期間發生的事情，例如原告主張的症狀、醫護人員對原告所作的檢查

及治療這些事實，若如實發生應有所記載。其他涉及原告及醫護人員曾就病情作出的討論或建議則不然，理由在於合議庭考慮了證人提供的證言後，相信有可能不一定完全記載在醫療紀錄內。

綜觀待調查事實中較具爭議的可分為三部份：原告入院前、第一次入院及第二次入院的事實。

就第一部份，關於原告在第一次入院前六個月經常頭痛及曾嘔吐的問題，其診療資料並沒有相關紀錄；因此，合議庭認為證人之證言不足證明此項主張。

至於第二部份，可再細分為原告自第一次入院至出院的症狀；原告是否有腦出血及沒有進行腦CT掃描的關聯；及切除脾臟手術三個部份。

合議庭查閱原告2004年2月29日至3月4日在仁伯爵綜合醫院留院期間的醫療紀錄後，認定原告入院時只有下肢疼痛，並沒有頭痛及頸痛，留院期間曾四次主訴頭痛，而出院時則下肢疼痛有所舒緩。

關於沒有進行腦CT掃描的問題，合議庭考慮到原告在留院期間的身體狀況只有間歇性頭痛、下肢疼痛及出現血點等問題，結合鑑定人的見解，認定原告當時的症狀不足以構成懷疑腦出血的指標，故沒有必要進行腦CT掃描這種診斷手段；因此僅部份認定待調查事實第8條以及認定被告主張的大部份事實。

有關切除脾臟手術的問題，醫護人員是否在原告第一次入院期間才向原告提出此建議，原告的醫療紀錄僅記載了醫護人員於2004年3月2日（卷宗第23頁）曾向原告父親提出此建議，但其表示準備向中醫查詢原告的病情；於2004年3月4日（卷宗第24頁）再次向原告父母建議進行手術，但二人表示需要考慮；證人之證言方面，原告父親力指於2004年3月1日乃醫護人員第一次建議上述手術，原告的二名主診醫生則堅稱在原告接受門診治療期間已多次作出此建議；即使應原告之要求向其中二名證人進行對質，二人仍堅持己見。由於雙方各執一詞，加上多名證人均表示醫護人員對病人作出的治療建議不一定全記載在醫療紀錄內，合議庭不能認定哪一方的說法才屬實。

此外，涉及原告父親於2004年3月1日當天同意為原告進行切除脾臟手術的主張，原告2004年3月4日的醫療紀錄載明原告父母需要考慮（見卷宗第24頁）；另一方面，在正常情況下，如病人同意手術，醫護人員不但會將之記載並同時準備有關跟進工作，如同意書之簽署及手術排期程序等；然而，原告的醫療紀錄沒有這些資料；相反卷宗第31頁的紀錄顯示原告出院時，院方的指示是門診跟進及服藥；因此，合議庭亦不視相關事實為獲得證實。

涉及第二次住院的事實，可再細分為二部份：原告入院時、住院期間的身體狀況及院方為其作出的診療；住院期間對原告作出的診療，尤其是清除顱內血腫及切除脾臟手術在時間上是否恰當。

合議庭對第一部份的事實得出的認定是根據原告在入院及住院期間的醫療紀錄而作出的。

關於第二部份的事實，重點為待調查事實第28、136及137條。

原告力指院方延醫，確定原告腦出血後最少超過15個小時後才替原告進行顱內血腫清除及切除脾臟手術；被告則透過已作出的一系列診療手段顯示院方作出了符合原告狀況的診治。

合議庭根據原告之醫療紀錄認定了被告曾作出其主張的大部份診治行為；其後，結合鑑定人員的意見及解釋輔以證人證言，認同自原告入院至2004年3月8日凌晨前，由於原告只曾出現頭痛及嘔心症狀一次，其情況不足以令院方懷疑此為腦出血症狀，因而視待調查事實第136條成立。

此外，合議庭分析證人證言及卷宗內之書證，部分認定待調查事實第131、134、135及138至141條。

按上述認定作為基礎，合議庭分析了待調查事實第28及137條，最終認定第137條在作出適當整理後獲得證實，而第28條則不然。理由在於：一）鑑定人之意見、證人之證言及附入卷宗之參考資料均顯示顱內血腫有二大治療方法：一是內科治療，主張由病人身體吸收；其二是透過外科手段以手術將血腫清除，

如何選擇應按血腫情況是否惡化、病人的生命及神經系統症狀、手術風險尤其原告的情況可能會在手術期間出現流血不止等因素而作出；二)合議庭已認定原告身患的疾病的死亡率僅是每年0.0162至0.0389宗及40歲以下之病人的死亡率是0.004宗；三)顱內血腫有時會由病人身體吸收；四)對此決定進行手術前的三份腦掃描可見，只在第三份腦掃描才顯示其中一個血腫稍為增大及腦中線有出現移位，腦部其他情況則未有變化[這點是根據卷宗第88、89、90、94、518及519頁之腦CT掃描認定；與待調查事實第110條之答案並沒有衝突，理由是該條所指的是當時的醫生將卷宗第90頁的腦掃描所載之資料解讀後記錄下來的，並不約束合議庭透過其他文件(如卷宗第518及519頁)認定在第三份掃描出現腦中線移位的情況]；五)院方已對原告施以藥物以減少顱內壓；六)原告의病症及其血小板水平令手術的風險大大增加...”。

*

《民事訴訟法典》第629條規定如下：

一、遇有下列情況，中級法院得變更初級法院就事實事宜所作之裁判：

- a) 就事實事宜各項內容之裁判所依據之所有證據資料均載於有關卷宗，又或已將所作之陳述或證言錄製成視聽資料時，依據第五百九十九條之規定對根據該等資料所作之裁判提出爭執；
- b) 根據卷宗所提供之資料係會導致作出另一裁判，且該裁判不會因其他證據而被推翻；
- c) 上訴人提交嗣後之新文件，且單憑該文件足以推翻作為裁判基礎之證據。

二、在上款a項第二部分所指之情況下，中級法院須重新審理裁判中受爭執之部分所依據之證據，並考慮上訴人及被上訴人之陳述內容，且可依職權考慮受爭執之事實裁判所依據之其他證據資料。

三、中級法院得命令再次調查於第一審時已調查，與受爭執之裁判所涉及之事實事宜有關，對查明事實真相屬絕對必要之證據；關於第一審在調查、辯論及審判方面之規定，經作出必要配合後，適用於命令採取之各項措施，且裁判書製作人得命令作陳述或證言之人親自到場。

四、如卷宗內並未載有第一款 a 項所指之容許重新審理事實事宜之所有證據資料，而中級法院認為就某些事實事宜所作之裁判內容有缺漏、含糊不清或前後矛盾，又或認為擴大有關事實事宜之範圍屬必要者，得撤銷第一審所作之裁判，即使依職權撤銷亦然；重新審判並不包括裁判中無瑕疵之部分，但法院得擴大審判範圍，對事實事宜之其他部分進行審理，而其目的純粹在於避免裁判出現矛盾。

五、如就某一對案件之審判屬重要之事實所作之裁判未經適當說明理由，中級法院得應當事人之聲請，命令有關之初級法院說明該裁判之理由，並考慮已錄製成視聽資料或作成書面文件之陳述或證言，或在有需要時，再次調查證據；如不可能獲得各原審法官對該裁判之理由說明，或不可能再次調查證據，則審理該案件之法官僅須解釋不可能之理由。

經比較分析原審法院的心證理由說明和原告對事實裁判提出爭執的理由，我們認為原告提出的爭執並不成立。

首先，針對待調查事實第 3 項方面，該調查事實完全是根據起訴狀第 8 條而制定，當中並沒有提及“全身出血點及血小板只得數千，牙肉有出血”這一事實。

因此，原告不能要求將在訴訟書狀中沒有陳述且沒有列入調查基礎的事實加入已證事實之中。

至於其他有異議的待調查事實方面，原告用以支持的依據只是其個人單方面對相關證人的證言及文件的評價，不足以推翻原審的事實裁判。

眾所周知，原審法院依法享有自由心證(《民事訴訟法典》第 558 條第 1 款)，故上訴法院的事實審判權並非完全沒有限制的，只有在原審法院在證據評定上出現偏差、違反法定證據效力的規定或違反一般經驗法則的情況下才可作出變更。

就同一見解，可見中級法院於 2016 年 02 月 18 日、2015 年 05 月 28 日、2015 年 05 月 21 日、2006 年 04 月 27 日及 2006 年 10 月 19 日分別在卷宗編號 702/2013、332/2015、668/2014、2/2006 及 439/2006 作出之裁判，以及葡萄牙最高法院於 2003 年 01 月 21 日在卷宗編號 02A4324 作出之裁判(載於 www.dgsi.pt)。

事實上，從上述轉錄的原審事實裁判可見，有關裁判是經過審慎分析所有證據才作出的，當中我們沒有發現有任何證據評定偏差、違反法定證據效力的規定或違反一般經驗法則的情況。

基於此，原告對事實裁判提出的爭執並不成立。

(2) 就錯誤審判及違反法律方面：

原告指控被訴判決沒有根據本案之既證事實及獲證明之事實作出判決，明顯違反《民法典》第 477 條及第 479 條，及第 28/91/M 號法令第 2 條及第 7 條之規定，此外，亦明顯違反第 81/99/M 號法令第 1 條及第 3 條、第 24/86/M 號法令第 2 條、第 28/91/M 號法令第 4 條及第 7 條之規定。

原審法院就法律適用作出了以下詳細的理由說明：

“... 本 案 中 ， 原 告 針 對 被 告 提 起 實 際 履 行 非 合 同 民 事 責 任 之 訴 ， 要 求 判 處 被 告 向 其 支 付 合 共 澳 門 幣 6,729,576.00 元 的 財 產 性 及 非 財 產 性 損 害 賠 償 ， 原 告 主 張 仁 伯 爵 綜 合 醫 院 醫 護 人 員 具 過 錯 地 進 行 醫 療 活 動 ， 包 括 原 告 於 證 實 患 上 免 疫 性 血 小 板 減 少 性 紫 癜 兩 年 多 來 ， 除 使 用 激 素 外 ， 主 診 醫 生 一 直 沒 有 採 用 其 他 藥 物 或 治 療 手 段 ， 包 括 進 行 切 除 脾 臟 手 術 ； 而 原 告 第 一 次 入 院 期 間 ， 主 診 醫 生 沒 有 針 對 原

告的頭痛作出正確診斷，亦沒有替原告進行腦部掃描，且直至原告於第二次入院期間，亦一直沒有考慮為原告進行切除脾臟手術，忽略原告可能會出現自發性顱內出血；當原告被證實顱內出血後，繼續採取保守治療，亦沒有即時為原告進行切脾手術，導致原告遭受不可逆轉的損害，要求本院判處被告依法需承擔不法行為的民事責任。

根據澳門現行法律規定，澳門特別行政區及其他公法人，對其機關或行政人員因公法管理行為承擔的非合同民事責任，由四月二十二日第28/91/M號法令(經十二月十三日第110/99/M號法令修改)規範。

該法令第2條規定：“本地區(澳門特別行政區)行政當局及其他公法人，對其機關或行政人員在履行職務中以及因履行職務而作出過錯之不法行為，應向受害人承擔民事責任。”

構成該類別民事責任的要件如下：1)事實，即自願的作為或不作為；2)行為的不法性，即侵犯他人權利或侵犯旨在保護他人利益的法律規定；3)過錯，包括故意和過失；4)損害的存在，即財產或精神方面的損害；5)不法行為和損害之間存有適當的因果關係。

上述五大構成要件必須同時存在，缺一不可。

從上可見，構成這類別民事責任的要件與《民法典》第477條第1款內所規定的因不法事實所生之非合同民事責任的要件基本上相同。

針對行為的不法性，第28/91/M號法令第7條規定如下：“違反法律和規章規定或違反一般適用原則之法律行為，以及違反上述規定和原則或違反應被考慮之技術性和常識性規則之事實行為亦被視為不法。”

綜合分析卷宗已證事實，本院認為原告於起訴狀中提出針對被告的訴訟請求並不能成立，因為未能證實被告的醫護人員為原告進行的醫療活動中出現過錯，導致違反維護他人權利或利益的法律規定，又或違反醫學技術規則的情況；同時，亦未能證實原告於手術後一直昏迷及處於植物人狀態由該等醫療活動所導致。

按照起訴狀的陳述，原告於仁伯爵綜合醫院接受治療並構成本案爭議事實的期間可具體分為以下三個時段，包括：

- 原告於確診患上免疫性血小板減少性紫癜起直至 2004 年 2 月 29 日前；
- 於 2004 年 2 月 29 日至 3 月 4 日原告第一次入院期間；及
- 於 2004 年 3 月 6 日至 3 月 9 日原告第二次入院期間。

針對原告於第一次入院前獲得的治療，卷宗證實最少自 2001 年 12 月 17 日起，原告被診斷患有免疫性血小板減少性紫癜，直至昏迷前一直在仁伯爵綜合醫院臨床血液科接受隨訪診治兩年多。在隨診期間，原告的血小板數值經常處於低水平，例如 2004 年 2 月 19 日的驗血報告，原告的血小板數值僅為 $5 \times 10^9/L$ 或 $5.000/mm^3$ ，低於參考數值 $150 \times 10^9/L$ 或 $150.000/mm^3$ 至 $400 \times 10^9/L$ 或 $400.000/mm^3$ ，而每當停止或減少藥物(激素)劑量，原告的血小板數值便會隨即下降。然而，除此以外，原告一直沒有出現其他癥狀；同時，因應原告對使用激素的反應不理想(每當劑量減少時血小板數值便隨即下降)，當時主診醫生 D 醫生亦曾考慮及採用其他藥物治療，包括 Anti-D(見卷宗第 246 頁及第 251 頁)。

至於切除脾臟手術，卷宗證實切除脾臟為免疫性血小板減少性紫癜患者的其中一項治療手段，透過終止該器官的免疫功能以冀停止脾臟破壞白血球，從而提升白血球的數量，但切除脾臟亦不一定能提升白血球的數量。考慮沒有醫學指引或醫學技術規則明確提出切除脾臟為治療免疫性血小板減少性紫癜患者的必需手段，即使進行該手術有可能根治原告的病患，但並不屬於醫療常規，意即是說，倘藥物治療無效用，亦不必然對患者採取切除脾臟手術。故此，結合原告隨診兩年多的身體狀況，雖然血小板數值低水平的問題未能徹底改善或根治，但一直獲得醫護人員定時跟進，且原告亦沒有出現任何其他病癥，本院認為，未能證實醫護人員在此段期間對原告進行的醫療活動違反醫學技術規則，或存在任何不法性。

對於原告於 2004 年 2 月 29 日前往仁伯爵綜合醫院的求診情況，原告當時主

要投訴左膝及左側大腿出現疼痛四天，且求診當日有加劇及曾經出現牙齦出血的情況，經檢查後，原告的血常規顯示貧血和血小板數值明顯偏低(Hb 7.2g/dl Plt $3 \times 10^9/L$)，故主診醫生C醫生決定接收原告入院以穩定當時的臨床狀況及觀察，以預備替原告進行免疫治療。當日於急診逗留期間，未能證實原告出現頭痛或頸痛，直到2004年3月4日出院當日，原告的血小板數值已提升至 $6 \times 10^9/L$ 或 $6.000/mm^3$ ，且當時原告的臨床狀況亦允許其離開醫院。

是次留院期間，縱使證實原告曾先後四次投訴出現頭痛，分別於2004年3月1日、3月2日及3月3日，但當時沒有發現原告出現其他臨床病癥，包括嘔吐，且原告神智清醒，考慮其中一次出現頭痛時伴有發熱(2004年3月3日早上2時30分)，且原告獲處方的藥物當中有可能引起頭痛；故此，不能認為醫護人員沒有針對原告出現的頭痛作出跟進，又或沒有對有關臨床病癥作出仔細分析。

再者，卷宗證實不能單憑頭痛症狀便可對免疫性血小板減少性紫癜患者出現顱內出血提出合理懷疑，必需綜合其他因素，包括頭痛的強度及持續性、患者的整體狀況、生命體徵、是否有嘔吐、神經系統改變或活動性出血跡象等。綜合原告於2004年2月29日至3月4日住院期間的臨床狀況，包括頭痛屬間斷性、神智清醒、沒有嘔吐或噁心等，均沒有跡象顯示原告在當時已出現顱內出血或指向將出現顱內出血的可能性，從而無需要為原告進行腦部電腦斷層掃描(Brain CT Scan)。

就進行切脾手術的適時性，即使於2004年3月1日的會面中，C醫生向原告父親A表示，若安排切脾手術，會盡量安排在同年復活節期間進行，且亦沒有立即要求原告父親為原告簽署手術同意書，如上所述，由於切脾手術非為治療原告病患的必需手段，且考慮是次留院期間原告的臨床狀況，並未出現進行切脾手術的緊急性，故主診醫生沒有於當日立即安排替原告進行切脾手術，不僅沒有違反任何醫學指引或醫學技術規則，從而不存在不法性；原告亦不能主張該醫生出現不作為，事實上，原告於出院時的症狀已有所改善，而醫生亦有向原告處

方藥物及安排門診跟進。

此外，由於切脾手術亦非為治療免疫性血小板減少性紫癜的醫療常規或必需手段，且對於原告當時的臨床狀況亦非屬緊急，因此，主治醫生是否於原告是次入院期間才首次建議原告切脾非為重要，亦難以憑此認定該主治醫生在治療時出現延誤或錯誤。

針對原告於昏迷前第二次入院的情況，卷宗證實原告於2004年3月6日前往仁伯爵綜合醫院求診，主訴左下肢疼痛、頭痛及噁心，同日被安排入院。由其入院直至2004年3月7日，原告只在求診時提及頭痛及噁心，主訴左下肢疼痛，且生命體徵一直平穩，縱使翌日(3月8日)凌晨3時原告首次主訴劇烈頭痛，但沒有伴隨嘔吐，故此，按當時原告的臨床狀況難以預見其將出現自發性顱內出血。而診治醫生亦向原告處方藥物(Paracetamol)及一直跟進，且因應原告持續頭痛，於同日中午已替原告安排神經內科醫生會診，神經內科醫生於初步診斷後立即決定替原告安排腦部電腦斷層掃描，同日晚上7時40分證實原告出現顱內出血，神經內科醫生隨即為原告處方藥物，當中包括減低顱內壓的藥物(Manitol)，醫護人員亦開始根據血液科醫生早前的處方為原告輸注血小板及免疫球蛋白(IVIG)。

卷宗證實雖然原告持續頭痛，但同日晚上11時20分安排的第二次腦部電腦斷層掃描，顯示顱內血腫沒有增大及腦中線結構沒有偏移，顱內亦沒有新的出血口；同時，醫護人員亦繼續隨時監測及向原告作出對症治療，包括增加減低顱內壓藥物的劑量及監測原告的生命體徵，直至3月9日早上9時原告的臨床狀況出現惡化，診治醫生已即時決定將原告送往深切治療部(UCI)，以及安排第三次腦部電腦斷層掃描。

由於第三次腦部電腦斷層掃描顯示顱內血腫出現輕微增大且原告出現僵直及昏睡狀態，診治醫生已立即聯絡外科醫生以查詢進行緊急切脾手術，同時聯絡神經外科醫生以了解顱內血腫的情況。

卷宗亦證實原告父母於3月9日中午約12時5分簽署進行切脾手術的同意書，原告乃於同日下午3時陷入昏迷後，才進行切脾手術及腦外科手術。

原告主張醫護人員於其被證實顱內出血後沒有即時進行切脾手術及腦外科手術，屬於延誤及診斷出現錯誤，然而，顱內血腫並非必需透過外科手術介入處理，有時會出現血腫被機體自行吸收的情況，因此，是否透過手術介入處理，醫生主要考慮病人的臨床狀況。

而原告自3月8日晚上7時40分確診顱內出血直至3月9日早上9時期間，其生命體徵平穩，而神經系統亦一直接受監測，首兩次腦部電腦斷層掃描經比對後頭顱內出血情況沒有出現任何惡化跡象，即使第三次腦部電腦斷層掃描顯示血腫輕微增大，亦沒有跡象顯示顱內出血的情況屬持續(活動性出血)，原告當時的臨床狀況均建議對其繼續接受觀察、處方藥物及於有需要時進行腦部電腦斷層掃描屬適當，而卷宗亦證實醫護人員按照有關準則對原告作出處理。

而自進行第三次腦部電腦斷層掃描及原告出現僵直及昏睡狀態後，診治醫生已立即聯絡外科醫生以查詢進行緊急切脾手術及聯絡神經外科醫生以了解顱內血腫，即使當時沒有即時為原告進行切脾手術及腦外科手術，但證實已為原告輸注血小板，目的不僅為確保上述手術的安全性，亦冀透過輸注血小板以中止顱內出血，畢竟當出現顱內出血後，是否透過切脾手術以治療免疫性血小板減少性紫癜已非當時首要的處理事項，而是控制顱內出血。

正如合議庭在裁判中提出的說明，原告的病症及血小板數值水平令手術風險大大增加，在決定進行手術後亦需確保原告的生命體徵及神經系統症狀平穩才可進行，故此，本院認為，卷宗欠缺充足事實以證明有關醫護人員沒有儘早為原告進行手術存在延誤或不作為。

確實，由原告被確診顱內出血直至其陷入昏迷狀態存在一個過程，但不論免疫性血小板減少性紫癜患者出現顱內出血，以至小於40週歲因顱內出血死亡的機率均非常低(前者為每年0.0162至0.0389案例，後者則為0.4%)，且原告於確

診顱內出血後一直獲得按其當時臨床狀況屬適當的治療及被密切監察，最終原告病情惡化陷入昏迷且手術後一直處於植物人狀態，與被告的醫護人員提供的醫療服務不存在適當的因果關係。

正如尊敬的中級法院在編號：695/2011 卷宗(2012 年 5 月 24 日)的裁判書中所指：“A prestação dos cuidados médicos é uma obrigação de meios e não de resultado, isto é, desde que a Ré tenha feito um tratamento segundo as regras de ordem técnica e de prudência comum, não se lhe pode exigir um bom resultado do mesmo.”簡言之，即使病者未能透過獲提供的醫療服務達到其期望的結果(將病患徹底根治、沒有繼續惡化或出現其他後遺症等)，只要證實醫護人員已按照常規技術規則及應有謹慎作出處理，則其對病者採用的手段/措施不應受到譴責，因為診治最終能否出現正面效果屬不可要求。

基於此，根據第 28/91/M 號法令第 2 條及第 3 條的規定，由於本案未能證實被告轄下的醫護人員針對原告進行的醫療活動中，具過錯地實施任何不法行為，且原告的病況與該等醫護人員為其進行的醫療活動欠缺適當的因果關係，從而本案不具備因公法管理行為而承擔的非合同民事責任的構成要件，本院應裁定原告的訴訟請求不成立，被告對原告不負有承擔損害賠償的責任。

*

綜合所述，本院決定駁回原告 **B** 針對被告澳門特別行政區衛生局提出的訴訟請求，因不具備因公法管理行為而承擔的非合同民事責任的構成要件...”。

我們完全認同原審法院就有關問題作出之論證及決定，故根據《民事訴訟法典》第 631 條第 5 款之規定，引用上述判決及其依據，裁定上訴理由不成立。

事實上，在分析是否存有醫療過失時，不應以事後孔明的方式作出，即完全以事後的資料來判斷相關醫生/醫院有否出錯，茲因該等資料已是事發後的資料，而相關醫生在作出診斷時可能並不具有該等

資料。

應該根據病人當時的病情及所出現的病症來判斷有關醫生是否違反常規的醫療程序或出現了明顯的診斷錯誤。

醫學上存在很多不確定因素及人類未能認知的東西。

例如 2003 年的“嚴重急性呼吸系統綜合症”(俗稱“沙士”)病毒，事後我們當然知道若用“特敏福”可有效治療該病毒。但該病毒初出現時，我們能要求醫生確診出是“沙士”病毒繼而作出適當治療嗎？

即使事後發現醫生診斷不正確，也不能立即便斷定其有過錯。我們還需分析其當初的診斷結果及治療方案，根據病人當時的病情及出現的症狀，是否在醫學上一個可行的診斷結果及治療方案。若是，那即使在事後發現有錯誤，也不可將相關之醫生歸責。

另一方面，在診斷正確的情況下，治療亦有分積極治療及保守治療。前者較為進取，可能更為有效醫治病患者，但亦可能對病患者造成更大的身體損害。

倘醫生從中擇一，那即使事後發現原來另一治療方式更為適合病患者，同樣不能將相關之醫生歸責。

*

四. 決定

綜上所述，本合議庭裁決原告的上訴理由不成立，維持原審判決。

*

上訴費用由原告承擔，但其享有免交之司法援助。
作出適當通知。

*

2016 年 05 月 12 日

裁判書製作法官

何偉寧

第一助審法官

簡德道

第二助審法官

唐曉峰

Fui presente

米萬英