



สำหรับผู้ป่วย

การวางแผนดูแลรักษาล่วงหน้า

(เลือกทำหน้าใดหน้าหนึ่ง)

สถานที่ให้คำแนะนำ _____ วันที่ให้คำแนะนำ _____ แพทย์เจ้าของไข้ _____

ผู้ให้คำปรึกษา _____

โรคหรือภาวะเจ็บป่วย _____

ผู้เข้าร่วมการสนทนา ผู้ป่วย ญาติ-ผู้ดูแลผู้ป่วย _____ แพทย์ _____ พยาบาล _____

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต
หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living Will)

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

ในกรณีที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโปรดให้การรักษาคือข้าพเจ้าตามความประสงค์ดังต่อไปนี้ โดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้ รวมถึงบรรเทาอาการไม่สุขสบายอย่างเหมาะสมเพื่อลดความทุกข์ทรมาน

- | | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ (Cardiopulmonary resuscitation) | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2. การทำหัตถการ (Invasive procedures) | | |
| 2.1 การใส่ท่อช่วยหายใจ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2.2 การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2.3 การบำบัดทดแทนไต | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2.4 การเจาะคอ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2.5 การผ่าตัด | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2.6 อื่นๆ ระบุ _____ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 3. การให้อาหารทางสายยาง | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |

4. สถานที่ที่ต้องการอยู่ในช่วงเวลาสุดท้าย _____

5. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ _____

หมายเหตุ : _____

เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้

(ชื่อ-สกุล) _____ ในฐานะบุคคลใกล้ชิด เป็นผู้แสดงเจตนาแทน

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการปรึกษาวางแผนการรักษาล่วงหน้า

ลงชื่อ
(ชื่อ-สกุล _____)

ผู้ป่วย

ลงชื่อ
(ชื่อ-สกุล _____)

แพทย์

ลงชื่อ
(ชื่อ-สกุล _____)

พยาน

ลงชื่อ
(ชื่อ-สกุล _____)

พยาน





สำหรับผู้ที่ตัดสินใจแทน

การวางแผนดูแลรักษาล่วงหน้า
(เลือกทำหน้าใดหน้าหนึ่ง)

สถานที่ให้คำแนะนำ _____ วันที่ให้คำแนะนำ _____ แพทย์เจ้าของไข้ _____

ผู้ให้คำปรึกษา _____

โรคหรือภาวะเจ็บป่วย _____

ผู้เข้าร่วมการสนทนา ญาติ-ผู้ดูแลผู้ป่วย _____ แพทย์ _____ พยาบาล _____

เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living Will) และขณะนี้แพทย์ได้ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจเลือกการรักษา (Decision-Making Capacity) กล่าวคือ

1. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญของการรักษา 2. ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำข้อดี-ข้อเสียของทางเลือกการรักษาได้
 3. ผู้ป่วยไม่สามารถเลือกวิธีการรักษาได้โดยคำนึงถึงผลที่อาจเกิดตามมา 4. ผู้ป่วยไม่สามารถใช้เหตุผลที่เหมาะสมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล) _____ เลขบัตรประจำตัวประชาชน _____

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย _____ เห็นพ้องด้วยกับการประเมินของแพทย์ว่าผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจเลือกการรักษาได้

ข้าพเจ้าจึงมีความจำเป็นต้องตัดสินใจหรือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุข ดังนี้

ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโปรดให้การรักษาผู้ป่วยตามความประสงค์ดังต่อไปนี้ โดยให้ผู้ป่วยยังมีคุณภาพชีวิตที่ยอมรับได้ รวมถึงบรรเทาอาการไม่สุขสบายอย่างเหมาะสมเพื่อลดความทุกข์ทรมาน

- | | | |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1. การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ (Cardiopulmonary resuscitation) | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2. การทำหัตถการ (Invasive procedures) | | |
| 2.1 การใส่ท่อช่วยหายใจ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2.2 การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2.3 การบำบัดทดแทนไต | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2.4 การเจาะคอ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2.5 การผ่าตัด | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 2.6 อื่นๆ ระบุ _____ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |
| 3. การให้อาหารทางสายยาง | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | <input type="checkbox"/> ต้องการ |

4. สถานที่ที่ต้องการอยู่ในช่วงเวลาสุดท้าย _____

5. ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ _____

หมายเหตุ : _____

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการปรึกษาวางแผนการรักษาล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วย

ลงชื่อ

(ชื่อ-สกุล _____)

ผู้ตัดสินใจหรือแสดงเจตนาแทนผู้ป่วย

ลงชื่อ

(ชื่อ-สกุล _____)

พยาน

ลงชื่อ

(ชื่อ-สกุล _____)

แพทย์

ลงชื่อ

(ชื่อ-สกุล _____)

พยาน

