

หนังสือแสดงเจตจำนงในการปฏิเสธการรักษาเพื่อยืดชีวิต

คำรับรองการให้คำยินยอมในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองอาการเพื่อคุณภาพชีวิต ที่ดีและ หลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยวาระสุดท้าย โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางเนื่องด้วยผู้ป่วย ชื่อ.....นามสกุล..... อายุ.....ปี HN.....AN..... วันที่ขณะนี้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีอาการสำคัญ ดังนี้

..... และมีการดำเนินของโรคหรือพยากรณ์โรค คือ (โปรดเลือก)

- เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีโอกาสจะเสียชีวิตในระยะเวลาไม่นานจากสาเหตุการลุกลามของโรคมะเร็งหรือจากภาวะแทรกซ้อน
- เป็นผู้ป่วยอวัยวะสำคัญล้มเหลวหรือระยะสุดท้าย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต หรือระบบ..... ซึ่งคุณภาพชีวิตไม่ดี และมีโอกาสเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต
- เป็นผู้ป่วยวิกฤติมีอาการหนักหรือมีอวัยวะสำคัญล้มเหลวเฉียบพลันซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีโอกาสเสียชีวิตสูงแม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว
- เป็นผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรง ดูแลช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจากการเสื่อมของสมองอย่างรุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน
- เหตุผลเฉพาะตัวจากการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ล่วงหน้ามาก่อน

ผู้เกี่ยวข้อง (ผู้แทนโดยชอบธรรม) ของผู้ป่วยได้ปรึกษาหารือร่วมกันแล้วในการพิจารณาให้ความยินยอมในการดูแลแบบประคับประคองอาการเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ดีและหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงให้ความยินยอมให้ทีมผู้รักษาดูแลผู้ป่วยให้การรักษาแบบประคับประคองอาการ ตามที่ระบุดังนี้

- | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. การทำหัตถการเพื่อวินิจฉัยโรคระบุ..... | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 2. การให้อาหารทางสายยาง | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 3. การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 4. การให้สารน้ำ/เลือดทางหลอดเลือดดำ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 5. การใส่ท่อช่วยหายใจ/เครื่องช่วยหายใจ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 6. การนวดหัวใจเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 7. การให้ยากระตุ้นหัวใจและยาเพิ่มความดันโลหิต | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 8. อื่นๆระบุ..... | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |

ทั้งนี้โดยได้รับความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับการงดหรือหยุดการรักษาเบื้องต้นดังกล่าวจากทีมผู้ให้การดูแลรักษาเป็นที่เข้าใจเป็นอย่างดี จึงลงนามไว้เป็นหลักฐาน

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....ลายเซ็น.....
ชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย.....เกี่ยวข้องเป็น.....ลายเซ็น.....
ชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย.....เกี่ยวข้องเป็น.....ลายเซ็น.....
ชื่อพยานฝ่ายผู้ป่วย.....เกี่ยวข้องเป็น.....ลายเซ็น.....
ชื่อ-สกุลแพทย์เจ้าของไข้.....ลายเซ็น.....
ชื่อ-สกุลพยาน.....ลายเซ็น.....
ชื่อ-สกุลพยาน.....ลายเซ็น.....
ชื่อ-สกุลพยาน.....ลายเซ็น.....

หมายเหตุ การให้คำยินยอมดังกล่าวข้างต้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนแปลงและได้ปรึกษาหารือกันอีกครั้ง