



หนังสือแสดงเจตนาประสงค์จะรับหรือไม่รับบริการสาธารณสุข
(ตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองการให้คำยินยอมในการดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เนื่องด้วยข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี HN.....AN.....ขณะนี้ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีอาการสำคัญ ดังนี้.....และมีการดำเนินของโรคหรือพยากรณ์โรค คือ (โปรดเลือก)

- เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีโอกาสจะเสียชีวิตในระยะเวลาไม่นาน จากสาเหตุการลุกลามของโรคมะเร็งหรือจากภาวะแทรกซ้อน
- เป็นผู้ป่วยอวัยวะสำคัญล้มเหลวหรือระยะสุดท้าย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต หรือ (ระบุ).....ซึ่งคุณภาพชีวิตไม่ดี และมีโอกาสเสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนในอนาคต
- เป็นผู้ป่วยวิกฤติมีอาการหนักหรือมีอวัยวะสำคัญล้มเหลวเฉียบพลัน ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีโอกาสเสียชีวิตสูงแม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว
- เป็นผู้ป่วยที่มีความพิการรุนแรง ดูแลช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย เช่น ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวจากการเสื่อมของสมองอย่างรุนแรง และมีโอกาสเสียชีวิตเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน
- เหตุผลเฉพาะตัวจากการทำพินัยกรรมชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวไว้ล่วงหน้ามาก่อน

ข้าพเจ้าได้ปรึกษาหารือร่วมกับครอบครัวแล้ว ในการพิจารณาให้ความยินยอมในการดูแลแบบประคับประคองอาการเพื่อให้ข้าพเจ้ามีคุณภาพชีวิตที่ดี และหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานในวาระสุดท้ายของชีวิต จึงให้ความยินยอมให้ทีมผู้ดูแลรักษา ให้การรักษาแบบประคับประคองอาการตามที่ระบุ ดังนี้

- | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. การทำหัตถการเพื่อวินิจฉัยโรค (ระบุ) | <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. การกดนวดหัวใจเพื่อช่วยฟื้นคืนชีพ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 7. การให้ยากระตุ้นหัวใจและยาเพิ่มความดันเลือด | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |
| 8. อื่น ๆ (ระบุ)..... | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ |

9. ในกรณีที่ทีมผู้ดูแลรักษาด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมีได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ยุติการบริการ (withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย ได้แก่

- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- อื่น ๆ (ระบุ)

.....
.....

และข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือทีมผู้ดูแลรักษาด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- การเยียวยาทางจิตใจอื่น ๆ (กรณีระบุ เช่น การสวดมนต์, การเทศนาของนักบวช, เป็นต้น).....
- อื่น ๆ (ระบุ).....

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-สกุล)ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี)

เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับทีมผู้ดูแลรักษาด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยานเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล เมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา (ผู้ป่วย).....ลงชื่อ
บุคคลใกล้ชิด.....ลงชื่อ
พยาน (ฝ่ายผู้ป่วย).....ลงชื่อ
พยาน (ด้านสุขภาพ).....ลงชื่อ

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหาหรือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข ที่ดูแลข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไร้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ 1

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์.....

พยานคนที่ 2

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่ติดต่อได้.....
เบอร์โทรศัพท์.....

ผู้เขียนหรือพิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ชื่อ-นามสกุล.....มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็น.....

หมายเหตุ การให้คำยินยอมดังกล่าวข้างต้นอาจเปลี่ยนแปลงได้ เมื่อสถานการณ์และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนแปลงและได้ปรึกษาหารือกันอีกครั้ง