



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

หนังสือแสดงเจตนาในการดูแลรักษาล่วงหน้าแบบประทับประคอง

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี.....ค.....ว.....
HN.....AN.....
แพทย์.....แผนก.....

วันที่.....

ผู้ป่วยชื่อ.....อายุ.....ปี บัตรประชาชนเลขที่.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือภาวะ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ☐ ๑. โรคเมเร็งระยะสุดท้ายที่มีโอกาสที่จะเสียชีวิตในเวลาไม่นานจากการลุกลามของโรคเมเร็งหรือมีภาวะแทรกซ้อน
- ☐ ๒. โรคอวัยวะสำคัญล้มเหลวเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต (ระบุ.....) ซึ่งมีคุณภาพชีวิตไม่ดีและมีโอกาสเสียชีวิตอย่างเฉียบพลันเมื่อมีภาวะแทรกซ้อน
- ☐ ๓. ภาวะวิกฤตอาการหนักหรือมีอวัยวะสำคัญล้มเหลวเฉียบพลันไม่ตอบสนองต่อการรักษามีโอกาสเสียชีวิต สูงแล้วดูแลรักษาอย่างเต็มที่แล้ว
- ☐ ๔. โรคที่มีความพิการรุนแรงดูแลช่วยเหลือตัวเองได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อม บาดเจ็บทางสมอง และมีโอกาสเสียชีวิตเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน
- ☐ ๕. อื่นๆ ระบุ.....

ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษาจากคณะผู้ให้การดูแลรักษา และเพื่อให้การตัดสินใจการดูแลรักษา เกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งคณะผู้ให้การดูแลรักษารวมถึงตัวผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ และหลีกเลี่ยงความทุกข์ทรมานและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

๑).ยินยอมให้การรักษาผู้ป่วยตามที่ระบุ ดังนี้

- | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|
| ๑.๑ การเจาะเลือดเพื่อตรวจวินิจฉัย | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ต้องการ |
| ๑.๒ ให้สารน้ำทางเส้นเลือด | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ต้องการ |
| ๑.๓ การให้อาหารทางสายยาง หรือสายสวนต่างๆระบุ..... | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ต้องการ |
| ๑.๔ การรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น การให้ยาปฏิชีวนะ , การให้เลือด , การล้างไต (ระบุ)..... | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ต้องการ |
| ๑.๕ การให้ยากระตุ้นหัวใจและยาเพิ่มความดันโลหิต | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ต้องการ |
| ๑.๖ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ต้องการ |
| ๑.๗ การเจาะคอ(กรณีใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน) | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ต้องการ |
| ๑.๘ การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น | ☐ ไม่ต้องการ | ☐ ต้องการ |
| ๑.๙ ต้องการใช้ชีวิตที่บ้านหรือโรงพยาบาล | ☐ ที่บ้าน | ☐ ที่โรงพยาบาล |
| ๑.๑๐ มีความต้องการบริจาคอวัยวะ | ☐ บริจาค | ☐ ไม่บริจาค |

๒) กรณีเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะไร้สติสัมปชัญญะแล้ว มอบหมายให้.....เป็นผู้กระทำการแทนผู้ป่วย

๓) ผู้ป่วยมีความปรารถนาในชีวิตที่ต้องการทำ คือ.....

ลงลายมือชื่อ.....	ผู้ป่วย/ผู้มีอำนาจกระทำการแทน (ระบุความสัมพันธ์.....)
(.....)	เบอร์โทรศัพท์.....
ลงลายมือชื่อ.....	ผู้ใกล้ชิดคนที่ ๑ ความสัมพันธ์.....
(.....)	เบอร์โทรศัพท์.....
ลงลายมือชื่อ.....	ผู้ใกล้ชิดคนที่ ๒ ความสัมพันธ์.....
(.....)	เบอร์โทรศัพท์.....

หมายเหตุ** ทั้งนี้ได้ทำสำเนาเอกสารมอบหมายให้บุคคลใกล้ชิด เก็บไว้ในใบตรวจรักษาผู้ป่วยนอก และเวชระเบียนผู้ป่วยใน เพื่อการสื่อสารให้ทีมผู้ดูแลรักษา และผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้รับทราบตรงกัน การให้คำยินยอมดังกล่าวข้างต้นอาจเปลี่ยนแปลงได้เมื่อสถานการณ์ หรือความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปหากได้มีการพูดคุยปรึกษาและตกลงร่วมกัน จนได้ข้อสรุปใหม่ จึงให้ลงหนังสือแสดงเจตนาใหม่แทนฉบับเดิม

FM-CHN-IM:๐๐๔-๑๐ วันที่ปรับปรุงล่าสุด ๒๖ ก.ย.๖๐