



วินิจฉัย

แพทย์ผู้ให้คำปรึกษา _____ วันที่ให้คำปรึกษา _____
ผู้เข้าร่วมการปรึกษา ผู้ป่วย ญาติ _____ แพทย์/พยาบาล _____

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในสภาวะสุดท้ายของชีวิต
หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living Will)

ขณะนี้ข้าพเจ้าทำหนังสือสัญญาฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็น
วาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้ารักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ของข้าพเจ้า โดยให้
ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ข้าพเจ้ายอมรับได้ รวมถึงบรรเทาอาการไม่สุขสบายอย่างเหมาะสมเพื่อลดความทุกข์ทรมาน

(โปรดทำเครื่องหมายในข้อที่ท่านต้องการหรือทั้งหมด)

- ไม่รู้สึกลึกลับอย่างถาวร** หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะฟื้นจากสับสนนั้น
- มีอาการสับสนอย่างถาวร** หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใดๆได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถ
สนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง
- ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ** หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือไม่สามารถพูดได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วย
ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ป้อนข้าว อาบน้ำ แต่งตัว การฟื้นฟูหรือการรักษาใดๆจะไม่ทำให้ภาวะดังกล่าวดีขึ้น
- อยู่ในสภาวะสุดท้ายของอาการเจ็บป่วย** หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้าย แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้ว โดยไม่ตอบสนองต่อ
การรักษาใดๆอีก

โปรดให้การรักษาข้าพเจ้าตามประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมายในข้อที่ท่านต้องการ หรือไม่ต้องการ และลงชื่อกำกับในข้อที่เลือก “ไม่ต้องการ”)

- | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------|
| การนัดหัวใจหายใจช่วยชีวิต | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | _____ |
| การใส่ท่อช่วยหายใจ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | _____ |
| การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | _____ |
| การบำบัดทดแทนไต | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | _____ |
| การให้อาหารทางสายยาง | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | _____ |
| การเจาะคอ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | _____ |
| การผ่าตัด | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | _____ |
| อื่นๆ _____ | <input type="checkbox"/> ต้องการ | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ | _____ |

สถานที่ที่ต้องการอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต โรงพยาบาล บ้าน อื่นๆ _____

เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้
(ชื่อ-สกุล) _____ ในฐานะบุคคลใกล้ชิด เป็นผู้แสดงเจตนาแทนในการปรึกษาหารือ
กับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาข้าพเจ้า



สติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย

เอกสารสำหรับผู้ป่วย

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน พร้อมกันนี้ได้ทำสำเนาของเอกสาร เก็บไว้ที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ รวมถึงบุคคลใกล้ชิดและพยาน เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวางแผนดูแลล่วงหน้า

ลงชื่อ
(ชื่อ-สกุล _____)

ผู้ป่วย

ลงชื่อ
(ชื่อ-สกุล _____)

แพทย์

ลงชื่อ
(ชื่อ-สกุล _____)

พยาน

ลงชื่อ
(ชื่อ-สกุล _____)

พยาน

หมายเหตุ เอกสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าจัดทำขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วย มิได้เป็นข้อบังคับหรือเปลี่ยนแปลงมิได้ แต่สามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงความต้องการได้ตลอดเวลา โดยยึดตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์และการรักษาหรือระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้เกี่ยวข้อง ในเวลาล่าสุดเป็นหลัก