



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

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในสภาวะสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย (Living Will)

ขณะนี้ข้าพเจ้าทำหนังสือสัญญาฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ในขณะที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้ารักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ของข้าพเจ้า โดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่ข้าพเจ้ายอมรับได้ รวมถึงบรรเทาอาการไม่สุขสบายอย่างเหมาะสมเพื่อลดความทุกข์ทรมาน

(โปรดทำเครื่องหมายในช่องที่ท่านต้องการหรือทั้งหมด)

- ไม่รู้สึกลัวอย่างถาวร** หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้ามีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย และมีโอกาสน้อยมากที่จะฟื้นจากสลบนั้น
- มีอาการสับสนอย่างถาวร** หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจหรือตัดสินใจเรื่องใดๆได้ ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง
- ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ** หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ หรือไม่สามารถพูดได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ป้อนข้าว อาบน้ำ แต่งตัว การฟื้นฟูหรือการรักษาใดๆจะไม่ทำให้ภาวะดังกล่าวดีขึ้น
- อยู่ในภาวะสุดท้ายของอาการเจ็บป่วย** หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้าย แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้ว โดยไม่ตอบสนองต่อการรักษาใดๆอีก

โปรดให้การรักษาคือการรักษาตามประสงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมายในช่องที่ท่านต้องการ หรือไม่ต้องการ และลงชื่อกำกับในช่องที่เลือก “ไม่ต้องการ”)

การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพ	<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 เป็นผู้แสดงเจตนาแทนในการปรึกษารักษาหรือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน พร้อมกันนี้ได้ทำสำเนาของเอกสาร เก็บไว้ที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ รวมถึงบุคคลใกล้ชิดและพยาน เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาที่สถานพยาบาล

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวางแผนดูแลล่วงหน้า

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____
 (ชื่อ-สกุล _____) (ชื่อ-สกุล _____)
 ผู้ป่วย แพทย์

ลงชื่อ _____ ลงชื่อ _____
 (ชื่อ-สกุล _____) (ชื่อ-สกุล _____)
 พยาน พยาน

หมายเหตุ เอกสารการวางแผนดูแลล่วงหน้าจัดทำขึ้นเพื่อการดูแลผู้ป่วย มิได้เป็นข้อบังคับหรือเปลี่ยนแปลงไม่ได้ แต่สามารถแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงความต้องการได้ตลอดเวลา โดยยึดตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์และการบริการหรือระหว่างผู้ให้การรักษและผู้เกี่ยวข้อง ในเวลาล่าสุดเป็นหลัก