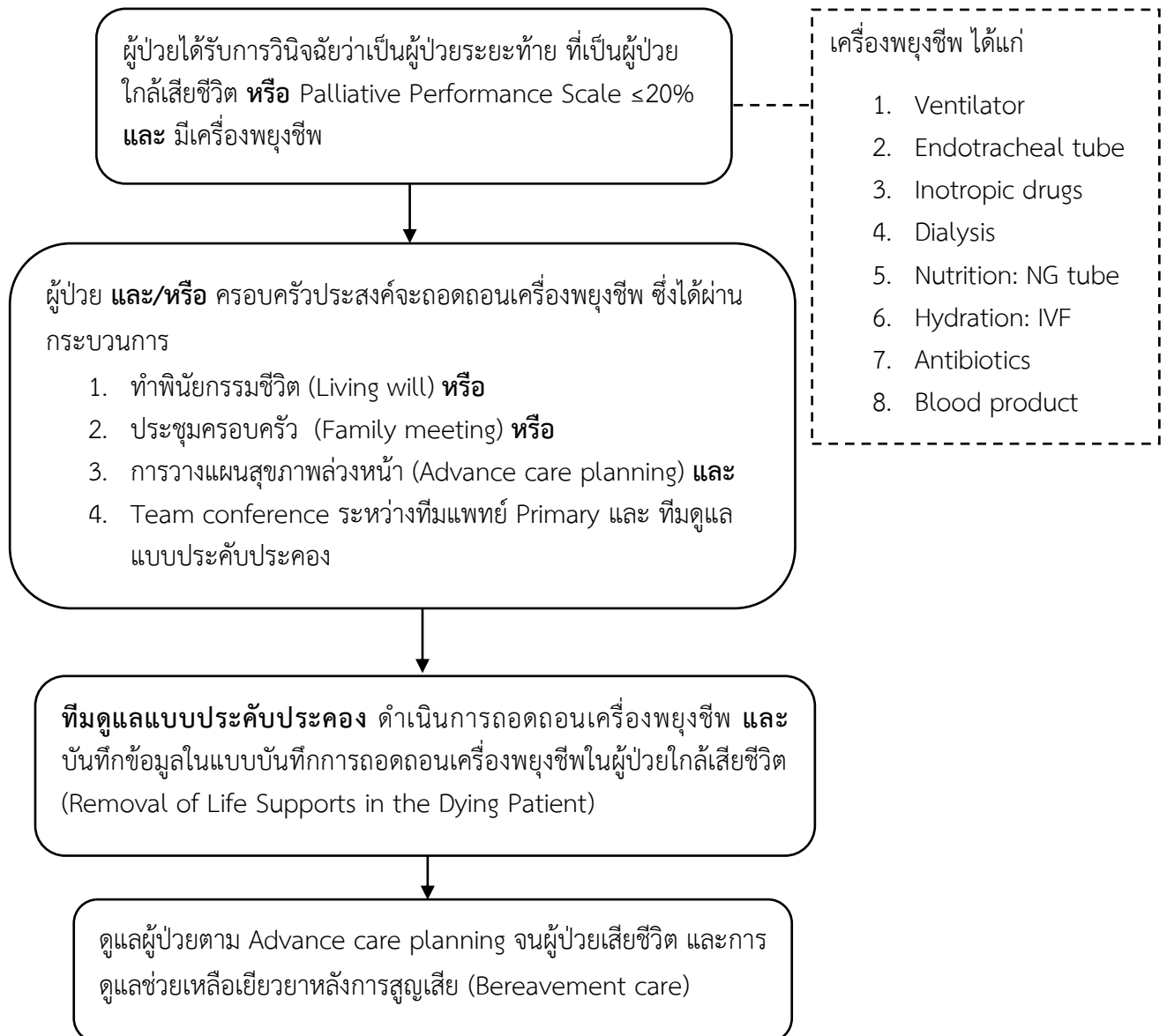




## แนวทางการถอดถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต โรงพยาบาลปราสาท (Removal of Life Supports in the Dying Patient)





แบบบันทึกการถอดถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต  
(Removal of Life Supports in the Dying Patient)

1. ผลการตกลงร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ (Team conference) (ว/ด/ป.....)

.....

.....

.....

2. ทีมสหสาขาวิชาชีพลงความเห็นร่วมกัน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น	หน่วยงาน	วันที่เริ่มดูแล
1					
2					
3					
4					
5					

3. สรุปผลการประชุมครอบครัว (Family meeting) (ว/ด/ป.....)

ผู้ป่วย และ/หรือ ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนตามกฎหมายและครอบครัว ได้รับทราบคำอธิบายถึงสถานะการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ทางเลือกและแนวทางการรักษาอย่างชัดเจน ยอมรับว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาทุกอย่างเต็มที่แล้ว แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หาย ตกลงร่วมกันในการตัดสินใจเพื่อถอดถอนท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพทุกชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และรับทราบว่าภายหลังถอดถอนท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพทุกชนิด จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติของโรคและการเจ็บป่วย ซึ่งอาจเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว แต่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้สุขสบายที่สุดตราบเท่าเวลาที่ยังเหลืออยู่ บุคคลที่เข้าร่วมประชุมปรึกษาด้วย ได้แก่

- 3.1. ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....
- 3.2. ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....
- 3.3. ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....
- 3.4. ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....
- 3.5. ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....



## 4. เครื่องพยุงชีพที่จะทำการถอดถอนและผู้รับผิดชอบ

เครื่องพยุงชีพ	ระบุ (✓)	ผู้รับผิดชอบ	ตำแหน่ง	ลายเซ็น
Ventilator				
Endotracheal tube				
Inotropic drugs				
Dialysis				
Nutrition: NG tube				
Hydration: IVF				
Antibiotics				
Blood product				

## 5. ทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ถอดถอนเครื่องพยุงชีพ (✓)

\_\_\_\_\_ Primary team  แพทย์.....  พยาบาล.....

\_\_\_\_\_ PC team  แพทย์.....  พยาบาล.....

\_\_\_\_\_ ครอบครัวรับทราบ วันที่/เวลา/ขั้นตอน

\_\_\_\_\_ ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ วันที่.....

\_\_\_\_\_ กำหนดบุคคลในครอบครัวที่จะอยู่ในเหตุการณ์ ได้แก่.....

## 6. คำสั่งการรักษาของแพทย์

\_\_\_\_\_ DNR order

\_\_\_\_\_ Order to discontinue ventilator and other life supports

\_\_\_\_\_ Pre-medication and emergency medication at bedside

\_\_\_\_\_ Bereavement protocol initiated

สรุปลำดับ Order for Pre-medications

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาด/ความถี่ของการให้	เริ่มให้ วันที่ เวลา	ผู้รับผิดชอบ/ผู้ตรวจสอบ
1				
2				
3				
4				
5				
6				





หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย  
ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

หนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ ได้ถูกเขียนขึ้นโดยอ้างอิงตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายใน วาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” โดยมีเนื้อความดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล).....อายุ.....ปี

หมายเลขบัตรประชาชน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ ทรมานจากการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนซึ่งไม่อาจรักษาให้หายได้ ข้าพเจ้าต้องการเสียชีวิตอย่างสงบตาม ธรรมชาติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนวาระสุดท้าย โดยขอให้ทีมผู้รักษาดูแลรักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ของ ข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ข้าพเจ้าต้องการ” “ข้าพเจ้าไม่ต้องการ” หรือ “ข้าพเจ้ายังไม่ ตัดสินใจ”)

ข้าพเจ้า ต้องการ	ข้าพเจ้า ไม่ต้องการ	ข้าพเจ้า ยังไม่ตัดสินใจ	ข้อความ
			การกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ รวมถึงการกระตุ้น (ช็อก) ด้วยไฟฟ้า
			การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านหลอดลม
			การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
			การให้ยากระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด เมื่อความดันโลหิตต่ำ
			การใส่สายให้อาหารทางจมูก
			การใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง
			การให้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ
			การให้สารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำ
			การใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่บริเวณคอ
			การฟอกไต เมื่อไตวาย
			การให้ยาเพื่อจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวาระท้ายของชีวิต
			อื่น ๆ .....



แนวทางการถอดถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต (SP-PC-004-00)	วันที่อนุมัติใช้
โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์	17 ส.ค. 2564

หากทีมผู้รักษาได้ให้บริการดังกล่าว โดยไม่ทราบถึงข้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้ทีมผู้รักษา

- ยุติการให้บริการดังกล่าวและถอดเครื่องช่วยหายใจออก เพื่อยืนยันเจตนาเดิมของข้าพเจ้า
- ให้บริการดังกล่าวและใส่เครื่องช่วยหายใจต่อไป

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เป็นปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของข้าพเจ้าที่อาจจะบุ๋มไม่ชัดเจน และเป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการให้บริการทางสาธารณสุข ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้

(ชื่อ-นามสกุล).....ความสัมพันธ์.....

เบอร์โทรศัพท์.....เป็นผู้แสดงเจตนาแทน ซึ่งข้าพเจ้าได้แจ้งบุคคลดังกล่าวไว้แล้ว และ

ขอให้ทีมผู้รักษาพิจารณาให้บริการทางสาธารณสุขโดยยึดความเห็นของผู้แสดงเจตนาแทนเป็นหลัก

ลายมือชื่อผู้แสดงเจตนาแทน.....หมายเลขบัตรประชาชน .....

ข้าพเจ้าขอความร่วมมือทีมผู้รักษาอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้าประสงค์จะเสียชีวิตที่  บ้าน  โรงพยาบาล  สถานที่อื่น ระบุ .....

ข้าพเจ้าขอความร่วมมืออื่น ๆ ได้แก่.....

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และได้สำเนาเอกสารพร้อมรับรองสำเนาอบให้แก่ผู้แสดงเจตนาแทนและญาติเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือผู้แสดงเจตนา .....

วันที่ .....เวลา.....

**พยานฝ่ายผู้ป่วย**

พยานคนที่ 1 ลายมือชื่อ..... ชื่อ-นามสกุล.....

ความสัมพันธ์.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

พยานคนที่ 2 ลายมือชื่อ..... ชื่อ-นามสกุล.....

ความสัมพันธ์.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

**พยานฝ่ายผู้รักษา (ถ้าไม่มีให้ขีดฆ่าทั้งทั้งข้อ)**

ลายมือชื่อ..... ชื่อ-นามสกุล.....

ความสัมพันธ์.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

**ผู้เขียนหรือพิมพ์หนังสือนี้แทนผู้แสดงเจตนา (ถ้าไม่มีให้ขีดฆ่าทั้งทั้งข้อ)**

ลายมือชื่อ..... ชื่อ-นามสกุล.....

ความสัมพันธ์.....หมายเลขบัตรประชาชน.....

**หมายเหตุ** ผู้แสดงเจตนาสามารถยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงความประสงค์ในหนังสือแสดงเจตนาได้ โดยให้ผู้แสดงเจตนาจัดทำหนังสือฉบับใหม่ขึ้นแทนฉบับเดิม

