



## 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 ได้รับทราบคำอธิบายถึงสภาวะการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ทางเลือกและแนวทางการรักษาอย่างชัดเจน ยอมรับว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาทุกอย่างเต็มที่แล้ว แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หาย ตกลงร่วมกันในการตัดสินใจเพื่อถอดถอนท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพทุกชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และรับทราบว่าภายหลังถอดถอนท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพทุกชนิด จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติของโรคและการเจ็บป่วย ซึ่งอาจเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว แต่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้สุขสบายที่สุดทราบเท่าเวลาที่ยังเหลืออยู่ 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. เครื่องพุงซีฟที่จะทำการถอดถอนและผู้รับผิดชอบ

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

5. ทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ถอดถอนเครื่องพุงซีฟ (✓)

\_\_\_\_\_ Primary team  แพทย์.....  พยาบาล.....  
 \_\_\_\_\_ PC team  แพทย์.....  พยาบาล.....  
 \_\_\_\_\_ ครอบครัวรับทราบ วันที่/เวลา/ขั้นตอน  
 \_\_\_\_\_ ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อวันที่.....  
 \_\_\_\_\_ 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	เริ่มให้วันที่ เวลา	ผู้รับผิดชอบ/ผู้ตรวจสอบ
1				
2				
3				
4				
5				
6				

7. ขั้นตอนในการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

7.1. เตรียมผู้ป่วย ถอดอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ออกจากร่างกาย ทำความสะอาดและจัดสภาพของผู้ป่วยให้  
สุขสบายที่สุด

7.2. เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะให้พร้อม ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วย

7.3. เตรียมยา PRN (พร้อมฉีดยา) ไว้ข้างเตียงสำหรับจัดการอาการไม่สบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

7.4. ยุติ Inotropic drug วันที่.....เวลา.....

7.5. ยุติการให้ IVF หรือลด rate เป็น.....ml./hr. วันที่.....เวลา.....

7.6. เลือกรูปวิธีการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ คือ

- Rapid terminal weaning
- T-piece placement without weaning
- No weaning and intubation in one step

7.7. ปิด Ventilator alarm วันที่.....เวลา.....

7.8. ประเมินอาการผู้ป่วย: Dyspnea, agitation ถ้ามีอาการไม่สบายให้ยา PRN ที่เตรียมไว้ข้างเตียง และปรับ  
ยา Morphine และ Sedatives ตามความเหมาะสม

7.9. บันทึกปฏิกิริยาของบุคคลในครอบครัว

.....  
.....  
.....