



**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

หากทีมผู้รักษาได้ให้บริการดังกล่าว โดยไม่ทราบถึงข้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้ทีมผู้รักษา

- ยุติการให้บริการดังกล่าวและถอดเครื่องช่วยหายใจออก เพื่อยืนยันเจตนาเดิมของข้าพเจ้า
- ให้บริการดังกล่าวและใส่เครื่องช่วยหายใจต่อไป

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เป็นปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของข้าพเจ้าที่อาจ
ระบุไว้ไม่ชัดเจน และเป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการให้บริการทางสาธารณสุข ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้

(ชื่อ-นามสกุล).....ความสัมพันธ์.....

เบอร์โทรศัพท์.....เป็นผู้แสดงเจตนาแทน ซึ่งข้าพเจ้าได้แจ้งบุคคลดังกล่าวไว้แล้ว และ

ขอให้ทีมผู้รักษาพิจารณาให้บริการทางสาธารณสุขโดยยึดความเห็นของผู้แสดงเจตนาแทนเป็นหลัก

ลายมือชื่อผู้แสดงเจตนาแทน.....หมายเลขบัตรประชาชน

ข้าพเจ้าขอความร่วมมือทีมผู้รักษาอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้าประสงค์จะเสียชีวิตที่ บ้าน โรงพยาบาล สถานที่อื่น ระบุ

ข้าพเจ้าขอความร่วมมืออื่น ๆ ได้แก่.....

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และได้สำเนาเอกสารพร้อมรับรองสำเนาฉบับให้แก่ผู้แสดง
เจตนาแทนและญาติเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารับรักษาใน
สถานพยาบาล

ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือผู้แสดงเจตนา

วันที่เวลา.....

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 โดยให้ผู้แสดงเจตนา
จัดทำหนังสือฉบับใหม่ขึ้นแทนฉบับเดิม