

<p style="text-align: center;">โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์</p>	 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ โรงพยาบาลปราสาท	<p style="text-align: center;">แบบฟอร์ม (Form : FM) รหัส FM-PC-003-00</p>
<p>เรื่อง : แบบแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยฟื้นชีพล่วงหน้า</p>		
<p>ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (งานประคับประคอง)</p>	<p>ฉบับแรก (จำนวน 2 หน้ารวมปก) วันที่อนุมัติใช้ 8 ส.ค. 2565</p>	
<p>คณะผู้จัดทำ</p> <ol style="list-style-type: none"> นายนิยม บุญทัน นางสุกัญญา สายแสงจันทร์ นางสาวพงษ์สุดา อ่อนอก 	<p>ตำแหน่ง</p> <p>นายแพทย์ชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p>	<p>ลายมือชื่อ</p> <p>..... หงษ์รัต อ่อนอก</p>
<p>ผู้ตรวจสอบ (นายนิยม บุญทัน) นายแพทย์ชำนาญการ</p>	<p>ผู้อนุมัติ (นายนพดล พิษณุวงษ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท</p>	
<p>หน่วยงานที่นำไปใช้</p> <ol style="list-style-type: none"> งานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยในทุกแผนก 		

การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

ประวัติการแก้ไข :

ครั้งที่	วันที่อนุมัติใช้	รายละเอียดการแก้ไข	เลขหน้า
00	8 ส.ค. 2565	ประกาศใช้ทั้งฉบับ	1-2



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
โรงพยาบาลปาลาสาท

HN.....

ชื่อ-สกุล.....

เพศ..... อายุ..... ปี

แพทย์เจ้าของไข้.....

Ward.....

Attending Staff.....

Diagnosis.....

แบบแจ้งความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยฟื้นชีพล่วงหน้า

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อายุ ปี ซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยเป็น ตัวผู้ป่วยเอง ญาติ หรือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (ระบุความสัมพันธ์กับผู้ป่วย) ได้รับฟังคำอธิบายถึงภาวะความเจ็บป่วย แนวทางการรักษาและแนวโน้มนพยากรณ์โรคของ ข้าพเจ้าเอง ผู้ป่วย นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. โดยขณะแจ้งความประสงค์นี้ ข้าพเจ้ามีสติ เข้าใจ ในสิ่งที่ได้รับคำอธิบายอย่างครบถ้วนรวมถึงเข้าใจในสิทธิ และหน้าที่ของตัวข้าพเจ้าเป็นอย่างดี จึงขอแจ้งให้ลงบันทึกความประสงค์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยฟื้นชีพที่ผู้ป่วยต้องการเป็นดังนี้

1. การดูแลรักษาทั่วไป		
1.1 อาการปวดและความทุกข์ทรมาน	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ
1.2 การรักษาโรค ระบุ	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ
1.3 การรักษาภาวะแทรกซ้อน	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ
2. การรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการการรักษาพยาบาลทุกชนิด
		<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการการรักษาพยาบาล ตามที่ระบุ ข้างล่างนี้
		<input type="checkbox"/> 2.1 ไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> 2.2 ไม่ใช่เครื่องช่วยหายใจ <input type="checkbox"/> 2.3 ไม่ใช่เครื่องกระตุ้นหัวใจ <input type="checkbox"/> 2.4 ไม่ทำการฟอกเลือด/ล้างไต <input type="checkbox"/> 2.5 ไม่ใช่หรือไม่เพิ่มยาเพิ่มความดันโลหิต <input type="checkbox"/> 2.6 ไม่ใส่สายที่หลอดเลือดดำใหญ่ที่คอ <input type="checkbox"/> 2.7 ไม่ย้ายหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต <input type="checkbox"/> 2.8 ไม่ทำการรักษาโดยการผ่าตัด ระบุ..... <input type="checkbox"/> 2.9 การรักษาอื่น ๆ ที่ต้องการจำกัด ได้แก่.....
3. การช่วยฟื้นชีพ	<input type="checkbox"/> ต้องการ	<input type="checkbox"/> ไม่ต้องการให้ช่วยฟื้นชีพถ้าหัวใจหยุดเต้น (do not attempt resuscitation : DNAR or DNR)

จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐานต่อหน้าแพทย์และพยานข้างล่างนี้

ลงชื่อ (ตัวบรรจง)..... ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ที่ได้รับมอบหมายการตัดสินใจ วันที่

ความสามารถในการตัดสินใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสามารถตัดสินใจได้เอง ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวไม่สามารถตัดสินใจได้เอง

ลงชื่อ..... พบ. ตำแหน่ง แพทย์/อาจารย์ ผู้ให้ข้อมูล/ผู้ที่ผู้ป่วยหรือญาติแจ้งความต้องการ วันที่

ลงชื่อ..... พยาน ตำแหน่ง วันที่

ลงชื่อ..... พยาน ระบุความสัมพันธ์ วันที่

FM-PC-003-00 ประกาศใช้ 8 ส.ค. 2565
งานเอกสารคุณภาพ ศูนย์พัฒนาคุณภาพ