**หนังสือแสดงเจตนา** ไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

งานการดูแลแบบประคับประคองโรงพยาบาลพระจอมเกล้าฯ จังหวัดเพชรบุรี

หนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ ได้ถูกเขียนขึ้นโดยอ้างอิงตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติ

การทรมานจากการเจ็บป่วยได้” โดยมีเนื้อความดังต่อไปนี้ ข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).................................................................................................................................อายุ.............................ปี หมายเลขบัตรประชาชน..............................................................................เบอร์โทรศัพท์.................................................................................. ที่อยู่ที่ติดต่อได้...................................................................................................................................................................................................... ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือทรมานจากการเจ็บป่วย หรือภาวะแทรกซ้อนซึ่งไม่อาจรักษาให้หายได้ ข้าพเจ้าต้องการเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจวบจนวาระสุดท้าย โดยขอให้ทีมผู้รักษาดูแลการรักษาข้าพเจ้า ตามความประสงค์ของข้าพเจ้าดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย √ ในช่อง “ข้าพเจ้าต้องการ” “ข้าพเจ้า**ไม่**ต้องการ” หรือ ข้าพเจ้ายังไม่ตัดสินใจ ”)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ข้อความ | ข้าพเจ้า  ต้องการ | ข้าพเจ้า  **ไม่**ต้องการ | ข้าพเจ้า  ยังไม่ตัดสินใจ |
| การกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ รวมถึงการกระตุ้น ช็อต ด้วยไฟฟ้า |  |  |  |
| การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านหลอดลม |  |  |  |
| การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ |  |  |  |
| การใช้ยากระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด เมื่อความดันโลหิตต่ำ |  |  |  |
| การใส่สายให้อาหารทางจมูก |  |  |  |
| การใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง |  |  |  |
| การให้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ |  |  |  |
| การให้สารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำ |  |  |  |
| การใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่บริเวณคอ |  |  |  |
| การฟอกไต เมื่อไตวาย |  |  |  |
| อื่นๆ............................................................................................... |  |  |  |

หากทีมผู้รักษาได้ให้บริการดังกล่าว โดยไม่ทราบถึงข้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้ทีมผู้รักษา

ยุติการให้บริการดังกล่าวและถอดเครื่องช่วยหายใจออก เพื่อยืนยันเจตนารมณ์เดิมของข้าพเจ้า ให้บริการดังกล่าวและใส่เครื่องช่วยหายใจต่อไป

ในกรณีที่ข้าพเจ้าไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เป็นปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ของข้าพเจ้าที่อาจระบุไว้ไม่ชัดเจน และเป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการให้บริการทางสาธารณสุข โดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ-นามสกุล)..............................................................................................................................ความสัมพันธ์.................................................... เบอร์โทรศัพท์........................................................เป็นผู้แสดงเจตนาแทน ซึ่งข้าพเจ้าได้แจ้งบุคคลดังกล่าวไว้แล้ว และขอให้ทีมผู้รักษาพิจารณาให้บริการทางสาธารณสุขโดยยึดความเห็นของผู้แสดงเจตนาแทนเป็นหลัก ที่อยู่ที่ติดต่อได้……................................................................................................................................................................................................ ลายมือชื่อผู้แสดงเจตนาแทน..................................................................หมายเลขบัตรประชาชน………………………………………………………………

ข้าพเจ้าขอความร่วมมือทีมผู้รักษาอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้ ข้าพเจ้าประสงค์จะเสียชีวิตที่ บ้าน โรงพยาบาล สถานที่อื่น ระบุ………………………………………………………….. ข้าพเจ้าขอความร่วมมืออื่น ๆ ได้แก่………………………………………………………………………………………………………………………………………………… ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และได้สำเนาเอกสารพร้อมรับรองสำเนามอบให้แก่ผู้แสดงเจตนาแทนและญาติเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ลายมือชื่อหรือลายนิ้วมือผู้แสดงเจตนา................................................................. วันที่...................................................................เวลา………………………………………

**พยานฝ่ายผู้ป่วย**

พยานคนที่1 ลายมือชื่อ.......................................................... ชื่อ – นามสกุล................................................................................. ความสัมพันธ์......................................................................... หมายเลขบัตรประชาชน.................................................................. พยานคนที่2 ลายมือชื่อ.......................................................... ชื่อ – นามสกุล................................................................................. ความสัมพันธ์.......................................................................... หมายเลขบัตรประชาชน..................................................................

**พยานฝ่ายผู้รักษา (ถ้าไม่มีให้ขีดฆ่าทิ้งทั้งข้อ)**  ลายมือชื่อ............................................................................... ชื่อ – นามสกุล................................................................................ ความสัมพันธ์......................................................................... หมายเลขบัตรประชาชน..................................................................

**ผู้เขียนหรือพิมพ์หนังสือนี้แทนผู้แสดงเจตนา** **(ถ้าไม่มีให้ขีดฆ่าทิ้งทั้งข้อ)** ลายมือชื่อ.............................................................................. ชื่อ – นามสกุล................................................................................ ความสัมพันธ์....................................................................... หมายเลขบัตรประชาชน.................................................................

**หมายเหตุ**

\*ผู้แสดงเจตนาสามารถยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงความประสงค์ในหนังสือแสดงเจตนาได้ โดยให้ผู้แสดงเจตนาจัดทำหนังสือฉบับใหม่ขึ้นแทนฉบับเดิม

\*กรณีผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ต้องให้บิดา – มารดา หรือผู้ปกครองให้ความยินยอมโดยการลงนามเป็น พยาน ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย