

ตัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๑)

เขียนที่

วันที่

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

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

เบอร์ที่ทำงาน

ขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพ
เวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้

ในการนี้ที่ข้าพเจ้าตกลอยู่ในสภาวะได้สภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นภาวะสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า
ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกลอยู่ในสภาพเช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมด
พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้า มีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย
และมีโอกาสอยู่มากที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสงบนั้น

มีอาการสับสนอย่างถาวร หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจ หรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้
ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง

ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาวๆ อย่างชัดเจน
หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว
เดินไม่ได้เอง การพื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูได้ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระตือรื้อขึ้น

อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว
แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดยไม่สนใจต่อการรักษาใดๆ
ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระแท้มีความรู้สึกว่าขาด
อากาศอยู่ตลอดเวลา

โปรดให้การรักษาข้าพเจ้าตามความประஸงค์ ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านยอมรับ หรือไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนี้ด้วย)

๑. การฟื้นฟูการเต้นของหัวใจและการหายใจ ได้แก่ การกระตุนให้หัวใจกลับเดินอีกครั้งใหม่ ยอมรับ หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้ว ซึ่งได้แก่ ไม่ยอมรับ การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุน กด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ

๒. การพยุงการเมีชีวิต คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันเป็นตลอดเวลา การให้สารน้ำ ยอมรับ และยาทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งการใช้เครื่องมือต่างๆ ที่ช่วยให้ปอด หัวใจ ไต และ ไม่ยอมรับ อวัยวะอื่นๆ ทำงานต่อไปได้

๓. การรักษาภาวะที่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นใหม่ เช่น การผ่าตัด การถ่ายเลือด การให้ยา ยอมรับ ปฏิชีวนะ ซึ่งเป็นการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่ไม่ได้รักษาโรคที่เป็นอยู่เดิม ไม่ยอมรับ

๔. การให้อาหารทางท่อ หมายถึง การให้อาหารและน้ำเข้าไปในกระเพาะอาหารของผู้ป่วย ยอมรับ หรือให้ของเหลวเข้าทางหลอดเลือดดำ หรือรวมทั้งการให้อาหารหรือน้ำทางหลอดเลือดแดง ไม่ยอมรับ ด้วย

ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการไปแล้ว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประஸงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ ยุติการบริการ (withdraw) ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขคำนึงถึงความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

- ความประஸงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรุณาระบุ เช่น การสาدمนตร การเทศนาของนักบวช เป็นต้น)

.....
.....

ข้าพเจ้าขอขอบคุณให้ (ชื่อ - นามสกุล) ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบาย ความประஸงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแล รักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยาน เก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา.....

ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อพยาน.....

ลงชื่อผู้เขียน/ผู้พิมพ์

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประสังค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ข้อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๑

ข้อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๒

ข้อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ข้อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์

ຕัวอย่างหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข (แบบที่ ๒)

วันที่

ข้าพเจ้า (ชื่อ-นามสกุล) อายุ ปี
บัตรประชาชนเลขที่
ที่อยู่ที่ติดต่อได้
เบอร์โทรศัพท์ เบอร์ที่ทำงาน

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตัด
อย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็น
และเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

- เมื่อข้าพเจ้าตกอยู่ในภาวะสุดท้ายของชีวิต หรือ
- เมื่อข้าพเจ้าได้รับทุกข์ทรมานจากการบาดเจ็บหรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

ข้าพเจ้าขอปฏิเสธการรักษาดังต่อไปนี้ (เลือกได้มากกว่า ๑ ข้อ และให้ลงชื่อกับหน้าข้อที่ท่านเลือก)

- การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
- การเข้ารักษาในห้องไอ.ซี.ยู. (I.C.U.)
- การระดูนระบบไหลเวียน
- กระบวนการฟื้นชีพเมื่อหัวใจหยุด
- การรักษาโรคแทรกซ้อนด้วยยาหรือวิธีการรักษาใดๆ
-
-
-

ในการนี้ที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ให้บริการดังกล่าว โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือ
แสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ผู้นั้น กรุณายุติการบริการ
(withdraw) ต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

- การใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การให้สารอาหารและน้ำทางสายยาง
-
-
-

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความเหมาะสม
ดังต่อไปนี้

- ความประسنค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน
- การเยียวยาทางจิตใจ (กรุณาระบุ เช่น การสวัดมนต์ การเทศนาของนักบวช)
-

ข้าพเจ้าขอขอบหมายให้ (ชื่อ - นามสกุล) ในฐานะบุคคลใกล้ชิด¹
(ด้วยมี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ เพื่อทำหน้าที่
อธิบายความประسنค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับแพทย์ในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยาน
เก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ผู้แสดงเจตนา.....	ลงชื่อ.....
บุคคลใกล้ชิด.....	ลงชื่อ.....
พยาน.....	ลงชื่อ.....
พยาน.....	ลงชื่อ.....

ผู้ใกล้ชิด (ทำหน้าที่อธิบายความประسنค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบ
วิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์
ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ที่ติดต่อได้
เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๑

ชื่อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น
หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ที่ติดต่อได้
เบอร์โทรศัพท์

พยานคนที่ ๒

ข้อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น
หมายเลขอัตรประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ที่ดินต่อได้
เบอร์โทรศัพท์

ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ข้อ-นามสกุล มีความสัมพันธ์เป็น
หมายเลขอัตรประจำตัวประชาชน
ที่อยู่ที่ดินต่อได้
เบอร์โทรศัพท์

