แบบฟอร์มการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย

ทำที่.....

วันที่.....

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้วางแผนการดูแลล่วงหน้า

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....ที่อยู่ที่ติดต่อได้..... .....เบอร์โทรศัพท์..... อีเมลหรือ ช่องทางการติดต่อทาง Social media ..... สถานพยาบาลที่ไปใช้บริการเป็นประจำ..... สิทธิในการรักษาพยาบาล.....

ชื่อผู้ร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้า(สามารถระบุได้มากกว่า ๑ คนและหากไม่มีให้เว้นว่างไว้) ชื่อ.....นามสกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้วางแผนการดูแลล่วงหน้า.....เบอร์โทรศัพท์..... อีเมลหรือช่องทางการติดต่อทาง Social media……

ส่วนที่ ๒ การแสดงเจตจำนงหรือความปรารถนา และแผนการดูแลล่วงหน้าที่ต้องการ

๑. สิ่งที่ข้าพเจ้าต้องการและสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ (ระบุสิ่งที่ผู้ทำแผนการดูแลล่วงหน้าต้องการหรือให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง (Patient preference) รวมทั้ง เป้าหมายการดูแลที่ต้องการ)

๑.๑ สิ่งที่ต้องการ/ให้ความสำคัญ (ระบุได้หลายข้อ)

☐ (๑) ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

☐ (๒) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อเกิดประโยชน์ใดๆ

☐ (๓) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือทางการแพทย์

☐ (๔) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

๑.๒ สภาวะที่ไม่ต้องการ/ยอมรับไม่ได้ (ระบุได้หลายข้อ)

☐ (๑) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลตลอด

☐ (๒) ไม่มีการรับรู้/การนึกคิด จำคนที่รักไม่ได้ อยู่ในสภาพผักถาวร (Persistent vegetative state)

☐ (๓) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต

☐ (๔) อื่นๆ (โปรดระบุ) .....

๒. ขอบเขตของการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการ (ระบุขอบเขตการรักษา ที่ผู้ทำแผนการดูแลล่วงหน้าต้องการและไม่ต้องการในกรณีที่ผู้นั้นเจ็บป่วยร้ายแรงจนมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมากหรือถึงแม้มีโอกาสรอดชีวิต แต่มีภาวะเสื่อมถอย ไม่มีสมรรถนะที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (ระบุได้หลายข้อ)

☐ ๒.๑ รักษาเต็มที่แม้จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้ เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพก็ตาม

☐ ๒.๒ รักษาเต็มที่รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากบุคลากร ด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผลก็อนุญาตให้ถอดเครื่อง พยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ ทรมานและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

☐ ๒.๓ รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพ หรือการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิต และขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

☐ ๒.๔ ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้

☐ ๒.๕ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

.....

๓. การดูแลอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องการนอกเหนือจากการดูแลทางการแพทย์ เช่น การดูแลด้านสังคมและจิตวิญญาณ (ระบุการดูแลอื่นๆ ที่ผู้ทำแผนการดูแลล่วงหน้า ต้องการและไม่ต้องการ หรือระบุการดูแลที่ต้องการให้เกิดขึ้น เช่น สถานที่ดูแลที่ใดที่ต้องการ รูปแบบการจัดการการดูแลที่ต้องการหรือไม่ต้องการ ต้องการพบใครหรือไม่ต้องการพบใคร ฯลฯ).....

.....

๔. กรณีที่ข้าพเจ้าเจ็บป่วยและอยู่ในช่วงวาระสุดท้าย ข้าพเจ้าต้องการ การดูแลรักษาแบบใด และไม่ต้องการดูแลรักษาแบบใด

๔.๑ การตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่เร่งหรือยืดการตายออกไป โดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ

☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

๔.๒ ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่ใด

☐ บ้าน ☐ โรงพยาบาล

☐ ที่อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๔.๓ การดูแลอื่นๆ ที่ต้องการ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ ๓. ผู้ตัดสินใจแทน

ความหมาย ผู้ตัดสินใจแทน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการมอบหมายจากผู้ป่วยให้ทำหน้าที่ตัดสินใจเลือกการรักษาที่เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยขณะยังมีสติสัมปชัญญะ หมายรวมถึง ผู้แสดงเจตนาแทน หรือ บุคคลที่มีหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา โดยจะทำหน้าที่เมื่อผู้ป่วยหมดความสามารถในการตัดสินใจแล้ว

คำอธิบาย ผู้ทำแผนการดูแลล่วงหน้าควรเลือกบุคคลที่ไว้วางใจว่าเข้าใจความต้องการของตนเอง และสามารถตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาในอนาคตที่ตรงกับความต้องการของตนเองได้มากที่สุด ในกรณีที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองได้ โดยผู้ตัดสินใจแทนไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์ทางสายเลือด หรือความสัมพันธ์ทางกฎหมายกับผู้ป่วยก็ได้ ทั้งนี้เป็นไปตามนัยของมาตรา ๘ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

โดยข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ ชื่อ.....นามสกุล.....
อายุ.....ปี มีความสัมพันธ์เป็น.....ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....
.....โทรศัพท์.....
อีเมลหรือช่องทางการติดต่อทาง Social media.....
เป็นผู้ตัดสินใจแทนและปรึกษาหารือกับบุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้าเมื่อเอกสารฉบับนี้ขาดความชัดเจน โดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

ส่วนที่ ๔ เมื่อวางแผนการดูแลล่วงหน้าเรียบร้อยแล้วจะต้องทำอย่างไรบ้าง

๑. ควรแจ้งแผนการดูแลล่วงหน้าแก่ครอบครัว ญาติหรือผู้ใกล้ชิด บุคลากรด้านสุขภาพ และผู้ตัดสินใจแทน เพื่อให้ทราบ รับรู้ ยอมรับ และปฏิบัติตามความต้องการที่ระบุไว้ในแผนการดูแลล่วงหน้า

๒. ควรทำสำเนาแผนการดูแลล่วงหน้า ๒ ชุด เพื่อมอบให้ครอบครัว ญาติ หรือผู้ใกล้ชิด ผู้ตัดสินใจแทนและบุคลากรด้านสุขภาพที่ให้การดูแลทราบข้อมูล ส่วนแผนการดูแลล่วงหน้าฉบับจริงให้เก็บไว้กับผู้ทำแผนการดูแลล่วงหน้า

๓. แผนการดูแลล่วงหน้าสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความต้องการหรือ ตามสภาวะของสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงควรปรับปรุงแผนการดูแลล่วงหน้าให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และทำสำเนาแผนการดูแลล่วงหน้าที่เปลี่ยนแปลงนี้เพื่อแจ้งแก่ญาติ ผู้ตัดสินใจแทนและบุคลากร ด้านสุขภาพที่มีแผนการดูแลล่วงหน้าฉบับเดิมด้วย โดยแผนการดูแลล่วงหน้าฉบับที่ใหม่กว่าคือฉบับที่มีผล ส่วนแผนการดูแลล่วงหน้าฉบับที่เก่ากว่าถือว่ายกเลิก

๔. ยินยอมให้สถานพยาบาลจัดเก็บข้อมูลแผนการดูแลล่วงหน้าในระบบฐานข้อมูลเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของสถานพยาบาล ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลสุขภาพผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาล และยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลล่วงหน้าให้สถานพยาบาล อื่นเพื่อประโยชน์ในการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยสถานพยาบาลจะปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยตามมาตรฐานการรรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒ และกฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๕. หากท่านต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพิ่มเติม สามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สถานพยาบาลที่ท่านใช้บริการอยู่

ลงชื่อ.....ผู้วางแผนการดูแลล่วงหน้า

(.....)

ท่านสามารถระบุ บุคลากรด้านสุขภาพที่ร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับท่านได้(ถ้ามี) รายชื่อบุคลากรด้านสุขภาพที่ร่วมวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับท่าน

ชื่อ-สกุล .....วิชาชีพ .....

ติดต่อ.....

ที่มา : มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย 2565