หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ตามมาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

ทำที่ .....

วันที่.....

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้แสดงเจตนา

ข้าพเจ้าชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน.....เบอร์โทรศัพท์.....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

สถานพยาบาลที่ไปใช้บริการประจำ.....

สิทธิการรักษา.....

ส่วนที่ ๒ การแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

๒.๑ สิ่งที่ข้าพเจ้าต้องการ/ให้ความสำคัญ ในการดูแลตนเอง (ระบุได้หลายข้อ)

☐ (๑) ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

☐ (๒) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อเกิดประโยชน์ใดๆ

☐ (๓) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือทางการแพทย์

☐ (๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๒.๒ สภาวะที่ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ยอมรับไม่ได้ (ระบุได้หลายข้อ)

☐ (๑) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลตลอด

☐ (๒) ไม่มีการรับรู้/การนึกคิด จำคนที่รักไม่ได้ อยู่ในสภาพผักถาวร

☐ (๓) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต

☐ (๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๒.๓ ขอบเขตของการรักษาที่ข้าพเจ้าต้องการ ในกรณีเกิดการเจ็บป่วยร้ายแรง จนมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมากหรือถึงแม้มีโอกาสรอดชีวิตแต่มีภาวะเสื่อมถอย ไม่มีความสามารถที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ขอบเขตของการรักษาที่ข้าพเจ้าต้องการคือ... (ระบุได้เพียง 1ข้อเท่านั้น)

☐ (๑) รักษาเต็มที่แม้จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพก็ตาม

☐ (๒) รักษาเต็มที่รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผล ก็อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

☐ (๓) รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิตและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

☐ (๔) ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้

☐ (๕) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๒.๔ กรณีที่ข้าพเจ้าเจ็บป่วยและอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ข้าพเจ้าต้องการการดูแลรักษา และไม่ต้องการดูแลรักษาคือ

(๑) การตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่เร่งหรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ

☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

(๒) การยื้อชีวิตให้ถึงที่สุดแม้ต้องใช้เครื่องพยุงชีพเช่น ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ปั๊มหัวใจ

☐ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

๒.๕ ถ้าข้าพเจ้าอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

(๑) ข้าพเจ้าต้องการใช้เวลาอยู่ที่ ☐ บ้าน ☐ โรงพยาบาล ☐ ที่อื่นๆ (โปรดระบุ).....

(๒) ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่ ☐ บ้าน ☐ โรงพยาบาล ☐ ที่อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ ๓. ผู้ตัดสินใจแทน ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ ชื่อ.....นามสกุล.....
เลขที่บัตรประชาชน ..... อายุ.....ปี มีความสัมพันธ์เป็น .....
ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....
เป็นผู้ตัดสินใจแทนและปรึกษาหารือกับทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เมื่อเอกสารฉบับนี้ขาดความชัดเจน โดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลสุขภาพผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลนี้ให้สถานพยาบาลอื่นเพื่อประโยชน์ในการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยสถานพยาบาลจะปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรฐานการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ
(.....)
ผู้ตัดสินใจแทน.....ลงชื่อ
(.....)
พยาน*.....ลงชื่อ
(.....)
พยาน*.....ลงชื่อ
(.....)

หมายเหตุ *ไม่มีพยานได้ แต่ถ้าเป็นการพิมพ์ลายนิ้วมือของผู้แสดงเจตนาให้มีพยานลงนามรับรองลายนิ้วมือนั้นสองคน