**ตัวอย่าง (แบบที่ ๑)**

**หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข**

 เขียนที่ .................................................................

 วันที่ ..................................................................

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

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .......................................................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ ..................................................................เบอร์ที่ทำงาน .............................................................

ขณะข้าพเจ้าทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ ข้าพเจ้าประสงค์จะให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า รักษาโดยให้ข้าพเจ้ายังมีคุณภาพชีวิตที่ข้าพเจ้ายอมรับได้

 ในกรณีที่ข้าพเจ้าตกอยู่ในสภาวะใดสภาวะหนึ่งต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นวาระสุดท้ายในชีวิตของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าไม่ต้องการตกอยู่ในสภาพเช่นนั้น (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านต้องการบางข้อหรือทั้งหมด พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

**ไม่รู้สึกตัวอย่างถาวร** หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจรู้ได้ว่ารอบตัวข้าพเจ้า มีใครหรือสิ่งใดอยู่เลย 🞎

และมีโอกาสน้อยมากที่จะกลับฟื้นขึ้นมาจากการสลบนั้น

**มีอาการสับสนอย่างถาวร** หมายความว่า ข้าพเจ้าไม่อาจจดจำ เข้าใจ หรือตัดสินใจเรื่องใดๆ ได้ 🞎

ข้าพเจ้าไม่อาจจำคนที่ข้าพเจ้ารักได้ หรือไม่สามารถสนทนากับเขาได้อย่างแจ่มแจ้ง

**ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้อย่างอิสระ** ซึ่งได้แก่ ไม่อาจพูดได้ยาวๆ อย่างชัดเจน 🞎

หรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ ต้องให้ผู้อื่นช่วยทำสิ่งต่อไปนี้ให้ คือ ป้อนอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว

เดินไม่ได้เอง การฟื้นฟูสภาพหรือการรักษาที่ช่วยฟื้นฟูใดๆ จะไม่ทำให้อาการดังกล่าวกระเตื้องขึ้น

**อยู่ในภาวะสุดท้ายของการเจ็บป่วย** หมายความว่า โรคที่ข้าพเจ้าเป็นอยู่มาถึงระยะสุดท้ายแล้ว 🞎

แม้ได้รับการรักษาเต็มที่แล้วก็ตาม เช่น มะเร็งได้แพร่กระจายไปทั่วโดยไม่สนองต่อการรักษาใดๆ

ต่อไปอีก หัวใจและปอดได้รับความเสียหายหรือถูกทำลายเรื้อรัง จนกระทั่งมีความรู้สึกว่าขาด

อากาศอยู่ตลอดเวลา

**โปรดให้การรักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ ดังต่อไปนี้** (โปรดทำเครื่องหมาย ในข้อที่ท่านยอมรับหรือ

ไม่ยอมรับ พร้อมลงชื่อกำกับในข้อนั้นด้วย)

**๑. การฟื้นฟูการเต้นของหัวใจและการหายใจ** ได้แก่ การกระตุ้นให้หัวใจกลับเต้นขึ้นใหม่ 🞎 ยอมรับ

หรือทำให้กลับหายใจได้ใหม่ภายหลังจากที่หัวใจหรือการหายใจหยุดทำงานแล้ว ซึ่งได้แก่ 🞎 ไม่ยอมรับ

การใช้เครื่องมือไฟฟ้ากระตุ้น กด กระแทกทรวงอก และใช้เครื่องช่วยหายใจ

**๒. การพยุงการมีชีวิต** คือ การใช้เครื่องช่วยหายใจติดต่อกันไปตลอดเวลา 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 โดยมิได้ทราบถึงเนื้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้หรือไม่ทราบความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า ข้าพเจ้าขอร้องให้ *ยุติการบริการ (withdraw)* ในสิ่งที่ข้าพเจ้าไม่ยอมรับด้วย

ข้าพเจ้าขอให้สถานพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขอำนวยความสะดวกตามความ

เหมาะสม ดังต่อไปนี้

 🞎 ความประสงค์ที่จะเสียชีวิตที่บ้าน

🞎 การเยียวยาทางจิตใจอื่นๆ (กรุณาระบุ เช่น การสวดมนต์ การเทศนาของนักบวช เป็นต้น)

............................................................................................................................................................

🞎......................................................................................................................................................

🞎......................................................................................................................................................

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ (ชื่อ - นามสกุล).............................................................. ในฐานะบุคคลใกล้ชิด (ถ้ามี) เป็นผู้แสดงเจตนาแทน เมื่อข้าพเจ้าอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติเพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของข้าพเจ้า หรือปรึกษาหารือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในการวางแผนการดูแลรักษาต่อไป

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และทำสำเนาเอกสารมอบให้บุคคลใกล้ชิด และพยาน

เก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ลงชื่อผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา.......................................................

ลงชื่อบุคคลใกล้ชิด........................................................................

 ลงชื่อพยาน....................................................................................

ลงชื่อพยาน....................................................................................

 ลงชื่อผู้เขียน/ผู้พิมพ์ ....................................................................

**ผู้ใกล้ชิด** (ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือ หรือหารือแนวทางการดูแลรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือบุคคลอื่นที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน ไว้วางใจกัน)

ชื่อ-นามสกุล ..............................................................................มีความสัมพันธ์เป็น ...........................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ......................................................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ .......................................................................................................................................................

**พยานคนที่ ๑**

ชื่อ-นามสกุล ..............................................................................มีความสัมพันธ์เป็น ...........................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .......................................................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ .......................................................................................................................................................

**พยานคนที่ ๒**

ชื่อ-นามสกุล ..............................................................................มีความสัมพันธ์เป็น ...........................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน .......................................................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ .......................................................................................................................................................

**ผู้เขียนหรือผู้พิมพ์หนังสือนี้แทนผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา**

ชื่อ-นามสกุล ..............................................................................มีความสัมพันธ์เป็น ...........................................

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ......................................................................................................................

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.......................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ ......................................................................................................................................................