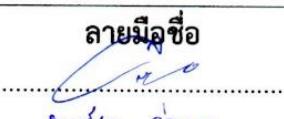
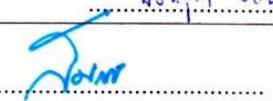


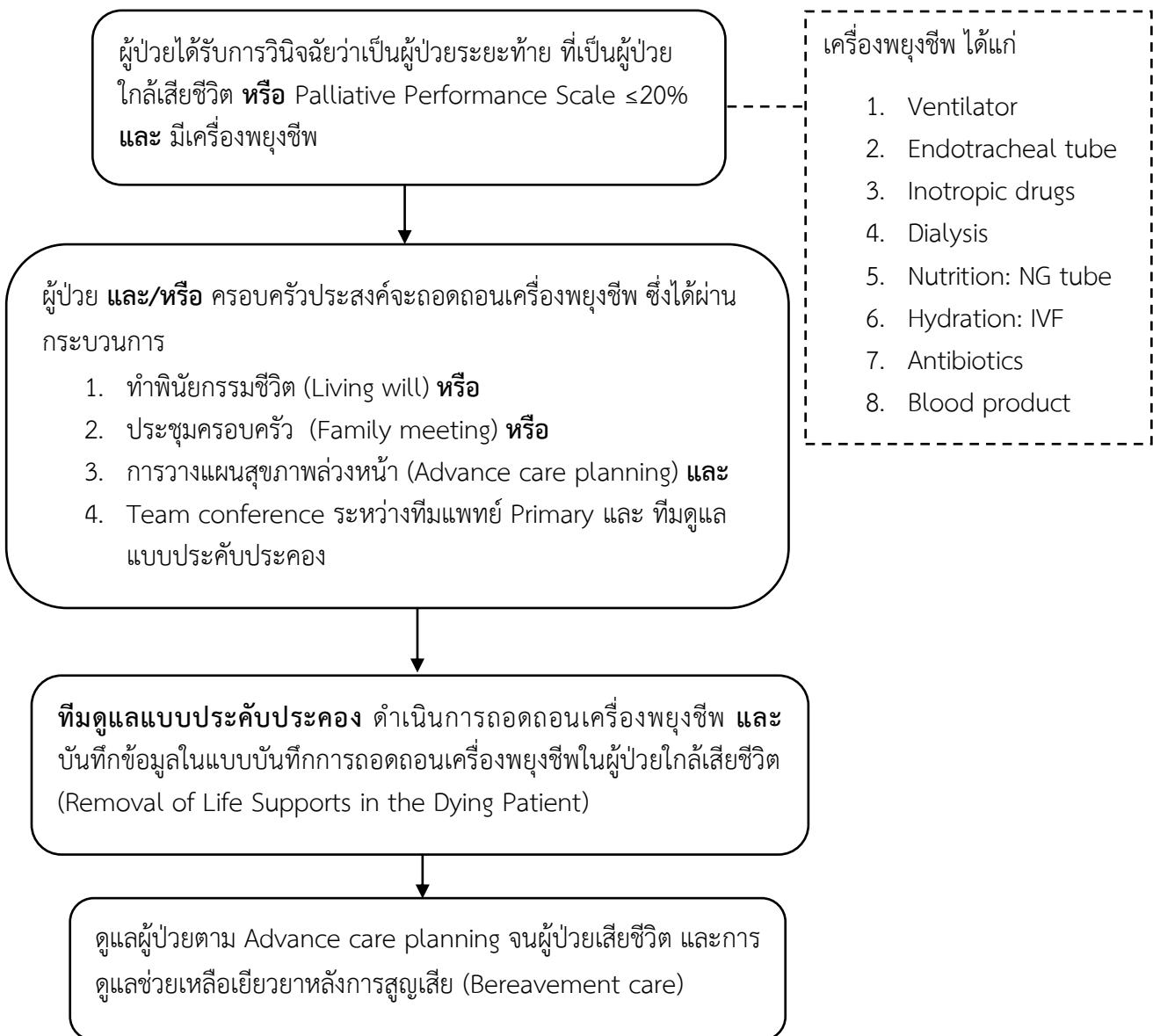
<b>โรงพยาบาลปราสาท</b> <b>จังหวัดสุรินทร์</b>	 <b>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์</b> <b>โรงพยาบาลปราสาท</b>	<b>ระบบปฏิบัติ</b> <b>(System Procedures : SP)</b> <b>รหัส SP-PC-004-00</b>	
<p><b>เรื่อง :</b> แนวทางการถอดถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต</p>			
<b>ชื่อหน่วยงาน :</b> กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ (งานประคับประคอง)		<b>ฉบับแรก</b> (จำนวน 8 หน้ารวมปก) <b>วันที่อนุมัติใช้</b> <b>17 ส.ค. 2564</b>	
<b>คณะผู้จัดทำ</b> 1. นางสกัญญา สายแสงจันทร์ 2. นางสาวพงษ์สุดา อ่อนอก		<b>ตำแหน่ง</b> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	<b>ลายมือชื่อ</b> 
<b>ผู้ตรวจสอบ</b> ..... (นางสาววรรณศรี งามมาก) หัวหน้ากลุ่มการกิจด้านการพยาบาล		<b>ผู้อนุมัติ</b> .....  (นายสมแพ สารวนางกร) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปราสาท	
<b>หน่วยงานที่นำไปใช้</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) งานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง</li> <li>2) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</li> <li>3) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก</li> <li>4) หอผู้ป่วยในทุกแผนก</li> </ul>			

## การควบคุมระบบเอกสารคุณภาพ

### ประวัติการแก้ไข :



## แนวทางการถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต โรงพยาบาลปราสาท (Removal of Life Supports in the Dying Patient)





แบบบันทึกการถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต  
(Removal of Life Supports in the Dying Patient)

1. ผลการตกลงร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ (Team conference) (ว/ด/ป.....)

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

2. ทีมสหสาขาวิชาชีเพลงความเห็นร่วมกัน

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายเซ็น	หน่วยงาน	วันที่เริ่ม ดูแล
1					
2					
3					
4					
5					

3. สรุปผลการประชุมครอบครัว (Family meeting) (ว/ด/ป.....)

ผู้ป่วย **และ/หรือ** ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนตามกฎหมายและครอบครัว ได้รับทราบคำอธิบายถึงสภาวะ การเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ทางเลือกและแนวทางการรักษาอย่างชัดเจน ยอมรับว่าผู้ป่วยได้รับการรักษา ทุกอย่างเต็มที่แล้ว แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หาย ตกลงร่วมกันในการตัดสินใจเพื่อถอนเครื่องช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพทุกชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และรับทราบว่าภายหลังถอนเครื่องช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพทุกชนิด จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติของโรคและการเจ็บป่วย ซึ่งอาจเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็ว แต่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้สุขสบายที่สุดทราบเท่า เวลาที่ยังเหลืออยู่ บุคคลที่เข้าร่วมประชุมปรึกษาด้วย ได้แก่

- 3.1. ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ลงชื่อ.....
- 3.2. ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ลงชื่อ.....
- 3.3. ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ลงชื่อ.....
- 3.4. ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ลงชื่อ.....
- 3.5. ชื่อ-สกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย..... ลงชื่อ.....



#### 4. เครื่องพยุงชีพที่จะทำการถอดถอนและผู้รับผิดชอบ

เครื่องพยุงชีพ	ระบุ (✓)	ผู้รับผิดชอบ	ตำแหน่ง	ลายเซ็น
Ventilator				
Endotracheal tube				
Inotropic drugs				
Dialysis				
Nutrition: NG tube				
Hydration: IVF				
Antibiotics				
Blood product				

#### 5. ทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ถอดถอนเครื่องพยุงชีพ (✓)

\_\_\_\_\_ Primary team  แพทย์ .....  พยาบาล .....

\_\_\_\_\_ PC team  แพทย์ .....  พยาบาล .....

\_\_\_\_\_ ครอบครัวรับทราบ วันที่/เวลา/ขั้นตอน

\_\_\_\_\_ ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ วันที่ .....

\_\_\_\_\_ กำหนดบุคคลในครอบครัวที่จะอยู่ในเหตุการณ์ ได้แก่ .....

#### 6. คำสั่งการรักษาของแพทย์

\_\_\_\_\_ DNR order

\_\_\_\_\_ Order to discontinue ventilator and other life supports

\_\_\_\_\_ Pre-medication and emergency medication at bedside

\_\_\_\_\_ Bereavement protocol initiated

#### สรุป Order for Pre-medications

ลำดับ	ชื่อยา	ขนาด/ความถี่ของการให้	เริ่มให้วันที่ เวลา	ผู้รับผิดชอบ/ผู้ตรวจสอบ
1				
2				
3				
4				
5				
6				



## 7. ขั้นตอนในการถอนเครื่องช่วยหายใจ

7.1. เตรียมผู้ป่วย ลดอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ ออกจากร่างกาย ทำความสะอาดและจัดสภาพของผู้ป่วยให้สุขสบายที่สุด

7.2. เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะให้พร้อม ไม่ควรผูกมัดผู้ป่วย

7.3. เตรียมยา PRN (พร้อมฉีด) ไว้ข้างเตียงสำหรับจัดการอาการไม่สุขสบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ได้แก่

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

7.4. ยูติ Inotropic drug วันที่.....เวลา.....

7.5. ยูติกาฟให้ IVF หรือลด rate เป็น.....ml./hr. วันที่.....เวลา.....

7.6. เลือกวิธีการถอนเครื่องช่วยหายใจ คือ

Rapid terminal weaning

T-piece placement without weaning

No weaning and intubation in one step

7.7. ปิด Ventilator alarm วันที่.....เวลา.....

7.8. ประเมินอาการผู้ป่วย: Dyspnea, agitation ถ้ามีอาการไม่สุขสบายให้ยา PRN ที่เตรียมไว้ข้างเตียง และปรับยา Morphine และ Sedatives ตามความเหมาะสม

7.9. บันทึกปฏิกริยาของบุคคลในครอบครัว

.....  
.....



หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย  
ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....

หนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ ได้ถูกเขียนขึ้นโดยอ้างอิงตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 “บุคคลมีสิทธิทิหาหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ใน วาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” โดยมีเนื้อความดังต่อไปนี้

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

หมายเลขบัตรประชาชน ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ เมื่อข้าพเจ้าเจ็บป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต หรือ ทรมานจากการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนซึ่งไม่อาจรักษาให้หายได้ ข้าพเจ้าต้องการเสียชีวิตอย่างสงบตาม ธรรมชาติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจากจวนใจวาระสุดท้าย โดยขอให้ทีมผู้รักษาดูแลรักษาข้าพเจ้าตามความประสงค์ของ ข้าพเจ้า ดังต่อไปนี้ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ข้าพเจ้าต้องการ” “ข้าพเจ้าไม่ต้องการ” หรือ “ข้าพเจ้ายังไม่ ตัดสินใจ”)

ข้าพเจ้า ต้องการ	ข้าพเจ้า <b>ไม่ต้องการ</b>	ข้าพเจ้า ยังไม่ตัดสินใจ	ข้อความ
			การกู้ชีพโดยการปั๊มหัวใจ รวมถึงการกระตุ้น (ช็อค) ด้วยไฟฟ้า
			การใส่ห่อช่วยหายใจผ่านหลอดลม
			การเจาะคอเพื่อใส่ห่อช่วยหายใจ
			การให้ยากระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด เมื่อความดันโลหิตต่ำ
			การใส่สายให้อาหารทางจมูก
			การใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง
			การให้ยาผ่าเชือกทางหลอดเลือดดำ
			การให้สารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำ
			การใส่สายสวนหลอดเลือดดำใหญ่บริเวณคอ
			การฟอกไต เมื่อไตวาย
			การให้ยาเพื่อจัดการอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในวาระท้ายของชีวิต
			อื่น ๆ .....



หากทีมผู้รักษาได้ให้บริการดังกล่าว โดยไม่ทราบถึงข้อความในหนังสือแสดงเจตนาฉบับนี้ ข้าพเจ้าขอให้ทีมผู้รักษา

- ยุติการให้บริการดังกล่าวและถอดเครื่องช่วยหายใจออก เพื่อยืนยันเจตนากรณ์เดิมของข้าพเจ้า  
 ให้บริการดังกล่าวและใส่เครื่องช่วยหายใจต่อไป

ในการณ์ที่ข้าพเจ้าไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้เป็นปกติ เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประ伤ค์ของข้าพเจ้าที่อาจระบุไว้ไม่ชัดเจน และเป็นผู้ตัดสินใจแทนเกี่ยวกับการให้บริการทางสาธารณสุข ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้

(ชื่อ-นามสกุล)..... ความสัมพันธ์.....

เบอร์โทรศัพท์..... เป็นผู้แสดงเจตนาแทน ซึ่งข้าพเจ้าได้แจ้งบุคคลดังกล่าวไว้แล้ว และขอให้ทีมผู้รักษาพิจารณาให้บริการทางสาธารณสุขโดยยึดความเห็นของผู้แสดงเจตนาแทนเป็นหลัก

ลายมือชื่อผู้แสดงเจตนาแทน..... หมายเลขบัตรประชาชน .....

ข้าพเจ้าขอความร่วมมือทีมผู้รักษาอ่านทำความสะดวกตามความเหมาะสม ดังต่อไปนี้

ข้าพเจ้าประสงค์จะเสียชีวิตที่  บ้าน  โรงพยาบาล  สถานที่อื่น ระบุ .....

ข้าพเจ้าขอความร่วมมืออีก ๑ ได้แก่.....

ข้าพเจ้าได้ทำหนังสือแสดงเจตนาต่อหน้าพยาน และได้สำเนาเอกสารพร้อมรับรองสำเนามอบให้แก่ผู้แสดงเจตนาแทนและญาติเก็บรักษาไว้ เพื่อนำไปแสดงต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเมื่อข้าพเจ้าถูกนำตัวเข้ารักษาในสถานพยาบาล

ลายมือชื่อหรือลายพิมพ์นิ้วมือผู้แสดงเจตนา .....

วันที่ ..... เวลา.....

### พยานฝ่ายผู้ป่วย

พยานคนที่ 1 ลายมือชื่อ..... ชื่อ-นามสกุล.....

ความสัมพันธ์..... หมายเลขบัตรประชาชน.....

พยานคนที่ 2 ลายมือชื่อ..... ชื่อ-นามสกุล.....

ความสัมพันธ์..... หมายเลขบัตรประชาชน.....

### พยานฝ่ายผู้รักษา (ถ้าไม่มีให้ขีดฆ่าทึ้งทั้งข้อ)

ลายมือชื่อ..... ชื่อ-นามสกุล.....

ความสัมพันธ์..... หมายเลขบัตรประชาชน.....

ผู้เขียนหรือพิมพ์หนังสือฉบับนี้แทนผู้แสดงเจตนา (ถ้าไม่มีให้ขีดฆ่าทึ้งทั้งข้อ)

ลายมือชื่อ..... ชื่อ-นามสกุล.....

ความสัมพันธ์..... หมายเลขบัตรประชาชน.....

หมายเหตุ ผู้แสดงเจตนาสามารถยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงความประสงค์ในหนังสือแสดงเจตนาได้ โดยให้ผู้แสดงเจตนาจัดทำหนังสือฉบับใหม่ขึ้นแทนฉบับเดิม



Palliative Care Consultation Record Prasat Hospital

DATE..... WARD..... PATIENT..... HN.....

DOCTOR.....

FM-PC-003-00 ประกาศใช้ 17 ส.ค. 2564  
งานเอกสารคณภาพ ศูนย์พัฒนาคณภาพ