แบบบันทึกวางแผนการดูแลล่วงหน้า

Advance Care Plan (ACP)

งานพยาบาลการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านผือ

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

ชื่อผู้ป่วย.................................นามสกุล...............................อายุ........ปี HN…………..................................

Diagnosis………………………………………….การรักษาที่ได้รับ..............................................................

แพทย์เจ้าของไข้...........................................คนดูแล (Care giver)...................................เบอร์โทร...................

**1. การรับรู้/การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ข้อมูล** | **ผู้ป่วย** | **ครอบครัว****(ผู้ตัดสินใจหลัก)** | **ปัญหาที่มี/รายละเอียด** |
| 1.1 การรับรู้เรื่องโรค,ระยะของโรค | 🞏 รู้ 🞏 ไม่รู้ | 🞏 รู้ 🞏 ไม่รู้ |  |
| 1.2 การรับรู้พยากรณ์โรค | 🞏 รู้ 🞏 ไม่รู้ | 🞏 รู้ 🞏 ไม่รู้ |  |
| 1.3 เป้าหมายการรักษา | 🞏 รู้ 🞏 ไม่รู้ | 🞏 รู้ 🞏 ไม่รู้ |  |

**2. คำสั่งการช่วยฟื้นคืนชีพ**

2.1 การใส่ท่อช่วยหายใจ 🞏 ยินยอม 🞏 ไม่ยินยอม

2.2 การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น ( CPR ) 🞏 ยินยอม 🞏 ไม่ยินยอม

2.3 การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมหรือการเจาะคอ 🞏 ยินยอม 🞏 ไม่ยินยอม

2.4 การยุติหรือถอดถอนเครื่องพยุงชีพ 🞏 ยินยอม 🞏 ไม่ยินยอม

2.5 การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต ( Inotrop ) 🞏 ยินยอม 🞏 ไม่ยินยอม

2.6 การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำ 🞏 ยินยอม 🞏 ไม่ยินยอม

2.7 การใส่สายยางให้อาหาร 🞏 ยินยอม 🞏 ไม่ยินยอม

2.8 การฟอกเลือดทางไต 🞏 ยินยอม 🞏 ไม่ยินยอม

**3. ความประสงค์ในการเลือกสถานที่ที่ต้องการเสียชีวิต (Place of Death)**

🞏 ที่บ้าน 🞏 ที่โรงพยาบาล 🞏 ยังไม่ตัดสินใจ

4. **ความประสงค์เกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (Living will)**

🞏 ต้องการ 🞏ไม่ต้องการ 🞏 ยังไม่ตัดสินใจ

ลงชื่อ.................. (.......................................) ผู้แสดงเจตนา

ลงชื่อ................. (.......................................) เกี่ยวข้องเป็น..............

ลงชื่อ................. (.......................................) เกี่ยวข้องเป็น................

ลงชื่อ................. (.......................................) เกี่ยวข้องเป็น................

ลงชื่อ................. (.......................................) แพทย์ผู้ประสานงาน

ลงชื่อ................. (.......................................) พยาบาลผู้ประสานงาน