



## แบบบันทึกวางแผนการดูแลล่วงหน้า

### Advance Care Plan (ACP)

งานพยาบาลการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านฝื่อ

วันที่.....

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

Diagnosis.....การรักษาที่ได้รับ.....

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

#### 1. การรับรู้/การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ข้อมูล	ผู้ป่วย	ครอบครัว (ผู้ตัดสินใจหลัก)	ปัญหาที่มีรายละเอียด
1.1 การรับรู้เรื่องโรค,ระยะของโรค	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	
1.2 การรับรู้พยากรณ์โรค	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	
1.3 เป้าหมายการรักษา	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> ไม่รู้	<input type="checkbox"/> รู้ <input type="checkbox"/> 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