



แบบบันทึกวางแผนการดูแลล่วงหน้า

Advance Care Plan (ACP)

งานพยาบาลการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลบ้านฝ้อ

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	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
1.2 การรับรู้พยากรณ์โรค	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	
1.3 เป้าหมายการรักษา	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่	

2. คำสั่งการช่วยฟื้นคืนชีพ

ข้อมูล	ครั้งที่ 1		ครั้งที่ 2		ครั้งที่ 3	
	ยินยอม	ไม่ยินยอม	ยินยอม	ไม่ยินยอม	ยินยอม	ไม่ยินยอม
2.1 การใส่ท่อช่วยหายใจ						
2.2 การช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น (CPR)						
2.3 การใส่ท่อช่วยหายใจผ่านทางหลอดลมหรือการเจาะคอ						
2.4 การยุติหรือถอดถอนเครื่องพยุงชีพ						
2.5 การให้ยากระตุ้นความดันโลหิต (Inotrop)						
2.6 การให้ยาปฏิชีวนะหรือสารน้ำ						
2.7 การใส่สายยางให้อาหาร						
2.8 การฟอกเลือดทางไต						

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