



ความปรารถนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในภาวะวิกฤติช่วงสุดท้ายของชีวิต

เมื่อเจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ฉันปรารถนาที่จะเสียชีวิตอย่างสงบตามธรรมชาติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยขอให้ทีมสุขภาพดูแลฉันตามความต้องการ ดังต่อไปนี้
(โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ท่านต้องการ พร้อมลงชื่อกำกับ)

	ต้องการ	ไม่ ต้องการ
การกู้ชีพ โดยการปั๊มหัวใจ เมื่อหัวใจหยุดเต้น		
ใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจเมื่อการหายใจล้มเหลว		
การเจาะคอ เมื่อการหายใจล้มเหลว		
การใช้ยากระตุ้นความดัน เมื่อความดันโลหิตตก		
ฟอกไต เมื่อไตวาย		
ให้อาหารทางสายยาง กรณีที่สารอาหารนั้น ไม่ช่วยให้ข้าพเจ้าดีขึ้น		
ให้อาหารทางสายโดยตรง กรณีที่สมองข้าพเจ้าเสื่อมระยะสุดท้าย ไม่สามารถจดจำคนที่รัก ไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือรับประทานอาหารด้วยตนเอง		
ให้ยาปฏิชีวนะ หรือสารน้ำที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์กับร่างกาย		
การยุดหรือถอนเครื่องช่วยพยุงชีพ กรณีผู้ประกอบวิชาชีพสาธารณสุขได้ใช้ เครื่องพยุงชีพโดยไม่ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของข้าพเจ้า		

ต้องการเสียชีวิตที่ บ้าน โรงพยาบาล อื่น ๆ

พยาน

.....
(.....)
ความเกี่ยวข้อง.....

ผู้ป่วย

.....
(.....)

พยาน

.....
(.....)
ความเกี่ยวข้อง.....