

แบบบันทึกการถอดถอนเครื่องพยุงชีพในผู้ป่วยใกล้เสียชีวิต รพ.พัทลุง

(Removal of Life Support in the Dying Patient)

การตกลง/ตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว ทีมสุขภาพ และการลงบันทึก

1. ผลการตกลงร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ (วันที่.....) สรุปผลการประชุมได้ดังนี้หรือแนบบันทึกการทำ Team conference

ทีมสหสาขาวิชาชีพลงความเห็นร่วมกัน

No.	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	สายเชนด	หน่วยงาน	วันที่เริ่มดูแล

2. สรุปผลการประชุมครอบครัว (ว/ด/ป.....) สรุปผลการประชุมได้ดังนี้ (หรือแนบบันทึกการทำ Family conference) ผู้ป่วย และ/หรือ ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจแทนตามกฎหมาย และครอบครัว ได้รับทราบคำอธิบายถึงสภาวะการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค ทางเลือกและแนวทางการรักษาอย่างชัดเจน ยอมรับว่าผู้ป่วยได้รับการรักษาทุกอย่างที่ดีที่สุดแล้ว แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ตกลงร่วมกันในการตัดสินใจเพื่อถอดถอนท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพทุกชนิดที่ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน และรับทราบว่าภายหลังถอดถอนท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องพยุงชีพทุกชนิด จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตตามธรรมชาติของโรคและการเจ็บป่วย ซึ่งอาจเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วหรือภายหลังก็ตาม แต่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่สุขสบายที่สุดตราบเท่าเวลาที่ยังเหลืออยู่ บุคคลที่เข้าร่วมประชุมปรึกษาด้วยได้แก่

2.1 ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....

2.2 ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....

2.3 ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....

2.4 ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....

2.5 ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....

2.6 ชื่อ-สกุล.....ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....ลงชื่อ.....

3. เครื่องพยุงชีพที่จะทำการถอดถอนและผู้รับผิดชอบ

เครื่องพยุงชีพ	ระบุ	ผู้รับผิดชอบ	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1. Ventilator				
2. Endotracheal tube				
3. Inotropic drugs				
4. Dialysis				
5. Nutrition : NG tube				
6. Hydration : IVF				
7. ATB				
8. Blood product				

4. ทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่ถอดถอนการพยุงชีพ

.....primary team (แพทย์, พยาบาล).....

.....โรงพยาบาลพัทลุง(แพทย์, พยาบาล).....

5. ครอบครัว

.....ครอบครัวรับทราบ วันที่/เวลา/ขั้นตอน.....

.....การประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อวันที่.....

.....กำหนดบุคคลในครอบครัวที่จะอยู่ในเหตุการณ์ ได้แก่.....

6. คำสั่งการรักของแพทย์

No.	ชื่อยา	ขนาด/ความถี่ของการให้	เริ่มให้วันที่ เวลา	ผู้รับผิดชอบ/ผู้ตรวจสอบ

7. ขั้นตอนในการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ

-เตรียมผู้ป่วย ถอดอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆออกจากร่างกาย ทำความสะอาดและจัดสภาพของผู้ป่วยให้สุขสบายที่สุด

-เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะให้พร้อม ไม่ควรผู้มัดผู้ป่วย

-เตรียมยา prn. (พร้อมฉีด) ได้แก่.....ไว้ข้างเตียงสำหรับการอาการ
ไม่สุขสบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้น

-หยุด inotropic drug วันที่.....เวลา.....

-หยุดการให้ IVF หรือลด rate เป็น.....cc/hr

-เลือกวิธีการถอดถอนเครื่องช่วยหายใจ คือ

Rapid terminal weaning,

T-piece placement without weaning,

No weaning and extubation tube in one step

-ปิด Ventilator alarms เวลา.....

-ประเมินอาการผู้ป่วย: Dyspnea, agitation ถ้ามีอาการไม่สุขสบายให้ยา prn. ที่เตรียมไว้ข้างเตียง และปรับ
ยา morphine และ sedatives ตามความเหมาะสม

-บันทึกปฏิกิริยาของบุคคลในครอบครัว