

ผนวก ฉ.

หนังสือปฏิเสธการรักษาล่วงหน้า

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/สถานพยาบาล

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งเป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
ขอปฏิเสธการรักษาพยาบาลไว้ล่วงหน้าหรือในขณะเข้ารับการรักษายาบาล

ข้อ 1 ถ้าข้าพเจ้าประสบอุบัติเหตุหรือเกิดการเจ็บป่วยไม่ว่าทางกายหรือจิต จนเสียหรือสิ้น
สติสัมปชัญญะ หรือไม่สามรถรับรู้หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษายาบาลได้ ข้าพเจ้าขอให้
แพทย์ผู้ทำการรักษายาบาลงดการตรวจและ/หรือการรักษายาบาลใดๆ ที่จะทำให้หลังจากใช้
วิธีเหล่านั้นแล้ว ข้าพเจ้าอาจจะรอดชีวิตแต่ช่วยตนเองไม่ได้ในกิจวัตรประจำวัน หรือไม่สามรถ
ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ หรือมีชีวิตรอดอยู่ด้วยความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมานอื่นจนกว่าจะสิ้นชีวิต

ข้อ 2 ข้าพเจ้าไม่ต้องการวิธีการตรวจและ/หรือการรักษายาบาลด้วยยา การผ่าตัด การ
ให้น้ำเกลือ การให้เลือด การให้อาหารทางสายยางหรืออื่นใด ยกเว้นแต่เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
ของข้าพเจ้าเท่านั้น

ข้อ 3 ข้าพเจ้าขอให้แพทย์และพยาบาลบรรเทาความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดของ
ข้าพเจ้าได้ แม้ว่าการกระทำดังกล่าวจะทำให้ข้าพเจ้าเสียชีวิตเร็วขึ้นก็ตาม

ข้อ 4 ในกรณีที่มิข้อสงสัยข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ นาย/นาง/นางสาว..... ซึ่งเข้าใจ
เจตจำนงและความต้องการของข้าพเจ้าเป็นอย่างดี เป็นผู้ตอบข้อสงสัยและตัดสินใจเกี่ยวกับการ
รักษายาบาลของข้าพเจ้า เมื่อข้าพเจ้าไม่อยู่ในสภาพที่จะตอบหรือตัดสินใจเองได้

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อเป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความจำนง
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)