

A close-up portrait of a young man with dark hair and round glasses, wearing a dark blue shirt. He is looking slightly to his right with a soft expression. The background is a blurred indoor setting with light coming from a window on the right.

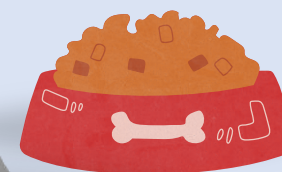
สุขสุดท้าย

Dying well

Palliative Care

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
แบบประคับประคอง

พญ. สิรินทิพย์ สิตานนท์ อว.เวชศาสตร์ครอบครัว



Palliative Care

PALLIATIVE CARE หมายถึง รูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้ที่
ต้องทุกข์ทรมานด้วย **โรคที่คุกคามต่อชีวิต**
โดยมีเป้าหมายให้ **ผู้ป่วยและครอบครัว** สามารถเผชิญความ
เจ็บป่วยที่มีอยู่ได้และมี **คุณภาพชีวิตที่ดี** ที่สุดเท่าที่ทำได้
ซึ่งประกอบด้วยการป้องกันและลดภาวะทุกข์ทรมานจาก
ความเจ็บปวด และปัญหาด้านอื่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจและ
จิตวิญญาณ



ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือใคร?



***Cancer
Patients***



***Chronic
Conditions***



***Symptom
Relief***

" Heart failure, COPD, kidney
disease support included. "

" Effective for nausea, fatigue,
shortness of breath. "

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือใคร?

การคัดกรองใช้แนวทางจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของกรมการแพทย์

3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1

การตั้งคำถาม

SURPRISE
QUESTION

“ท่านจะประหลาดใจหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน ไม่กี่เดือน/สัปดาห์/วัน ข้างหน้า”

ขั้นตอนที่ 2

หาข้อบ่งชี้ทั่วไป

สมรรถนะถดถอย นิ่งๆ
นอนมากกว่าร้อยละ 50
ของเวลาตื่น PPS < 50%

มี MULTIPLE CO-
MORBIDITY ที่คุกคาม
ชีวิต

โรคอยู่ในระยะไม่ตอบ
สนองต่อการรักษาหรือ
โรคเรื้อรัง

ผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รักษา
โรคที่คุกคามชีวิตอีกต่อไป

ยุติเคมีบำบัดในโรคมะเร็ง
ยุติการล้างไตในผู้ป่วยไต
วายเรื้อรัง

น้ำหนักลดลงต่อเนื่อง
มากกว่าร้อยละ 10 ในหก
เดือนที่ผ่านมา

ขั้นตอนที่ 3
SPECIFIC
CRITERIA



1.Cancer



2. Neurological
Disease



3. Renal Disease



4. COPD



5. CHF



6.Hepatic failure



7. Full-Blown AIDS

เฉพาะกลุ่มโรค

ICD-10 C00-C96 ,
D37-D48

ICD-10 I60-I69, F03

ICD-10 N18.5

ICD-10 J44

ICD-10 I50

ICD-10 K72 K70.4 K71.7

ICD-10 B20-B24
ยกเว้น B23.0, B23.1

7 กลุ่มโรค 2
กลุ่มอายุ

“โรคระยะแพร่กระจาย
มีภาวะถดถอย PPS/
Karnofsky Score < 50
, ECOG > 3”

“ADL=0-4
Barthel Index < 3
มีภาวะ coma /vegetative
state > 3 วัน”

“ปฏิเสธ HD หรือ ยูดี HD
ไม่สามารถรักษาด้วยวิธี
บำบัดทดแทนไต renal
replacement therapy”

“โรคระดับ
รุนแรง FEV1 < 30 predicted
admit ด้วย COPD
exacerbations ≥ 3 ครั้งในปี
มีข้อบ่งชี้ของการใช้ long
term Oxygen Therapy ”

“CHF NYHA III หรือ IV
admit ด้วยภาวะหัวใจ
วาย ≥ 2 ครั้งในปี
ได้รับ vasodilator อย่าง
เต็มที่แล้ว”

“-มีระดับ Child-pugh
class C หรือ MELD ≥ 20
-มีข้อห้ามในการปลูกถ่าย
ตับ”

“โรคเต็มขั้นเข้าสู่ระยะ
สุดท้าย”

8. ผู้สูงอายุ (อายุ > 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 7 กลุ่มโรคตามข้อ 1-7 หรือภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัส R54

9. ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย

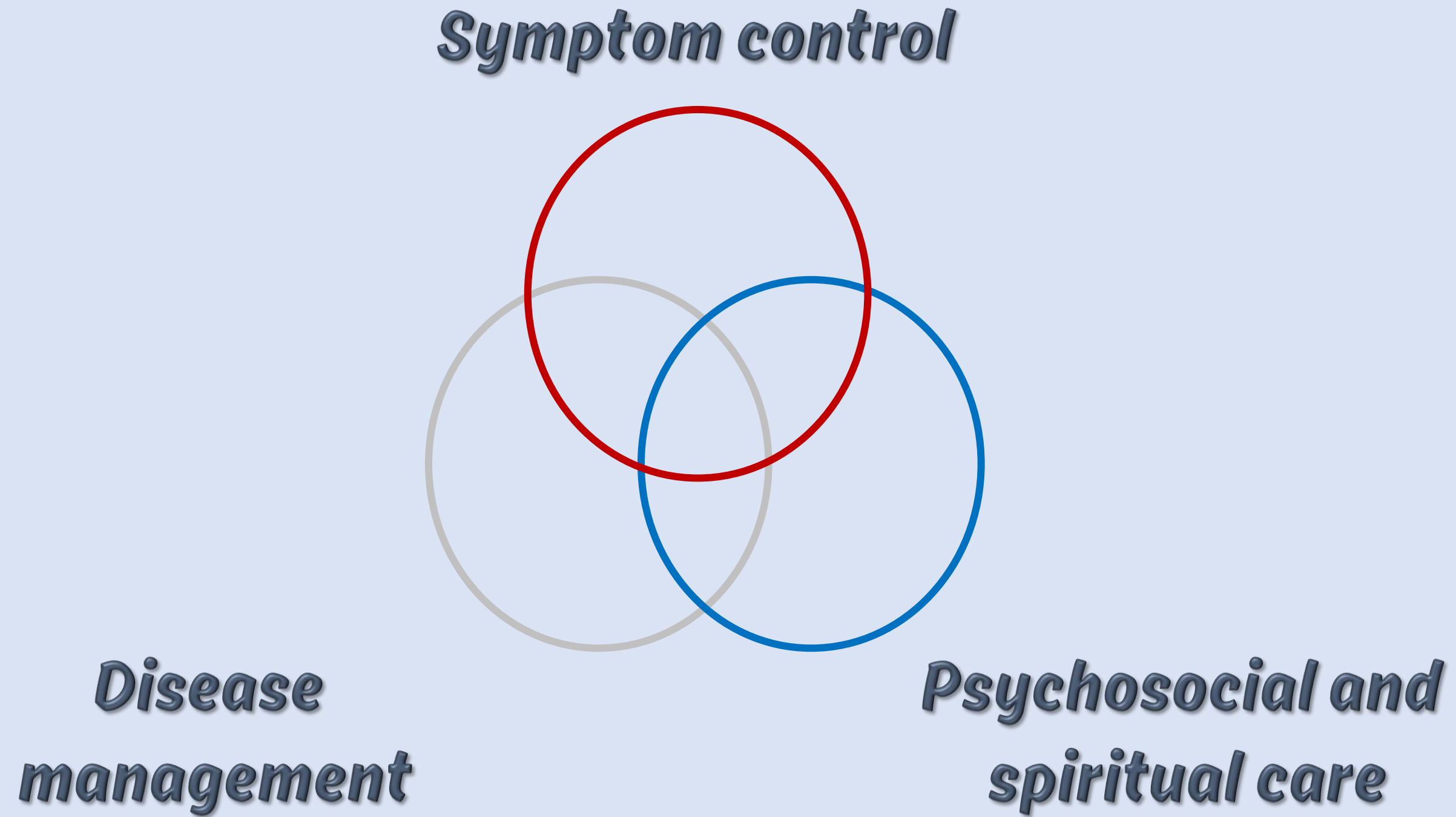
10. ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการรักษาหลักโดยที่แพทย์เจ้าของไข้เห็นว่าจะมีชีวิตรอดไม่เกิน 6 เดือน

หลักการ *Palliative Care*

- ยอมรับว่าความตายเป็นมิติหนึ่งของชีวิต
- ไม่พยายามเร่งหรือยืดเยื้อความตาย
- ปลดปล่อยอาการปวดและอาการไม่สบายต่างๆ
- หลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์
- ให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตอย่างดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้จนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต
- ประสานการดูแลด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- จัดหากระบวนการช่วยเหลือแก่ครอบครัว
- ใช้การทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

WHO 2005

องค์ประกอบที่สำคัญของ *Palliative Care*



Key Principles of Palliative Care

Symptom Management

Pain
Dyspnea
Constipation
Nausea / vomiting
Insomnia
Delirium

Management
Medication , non medication

Communication

Breaking Bad News
Family meeting
Advance care plan

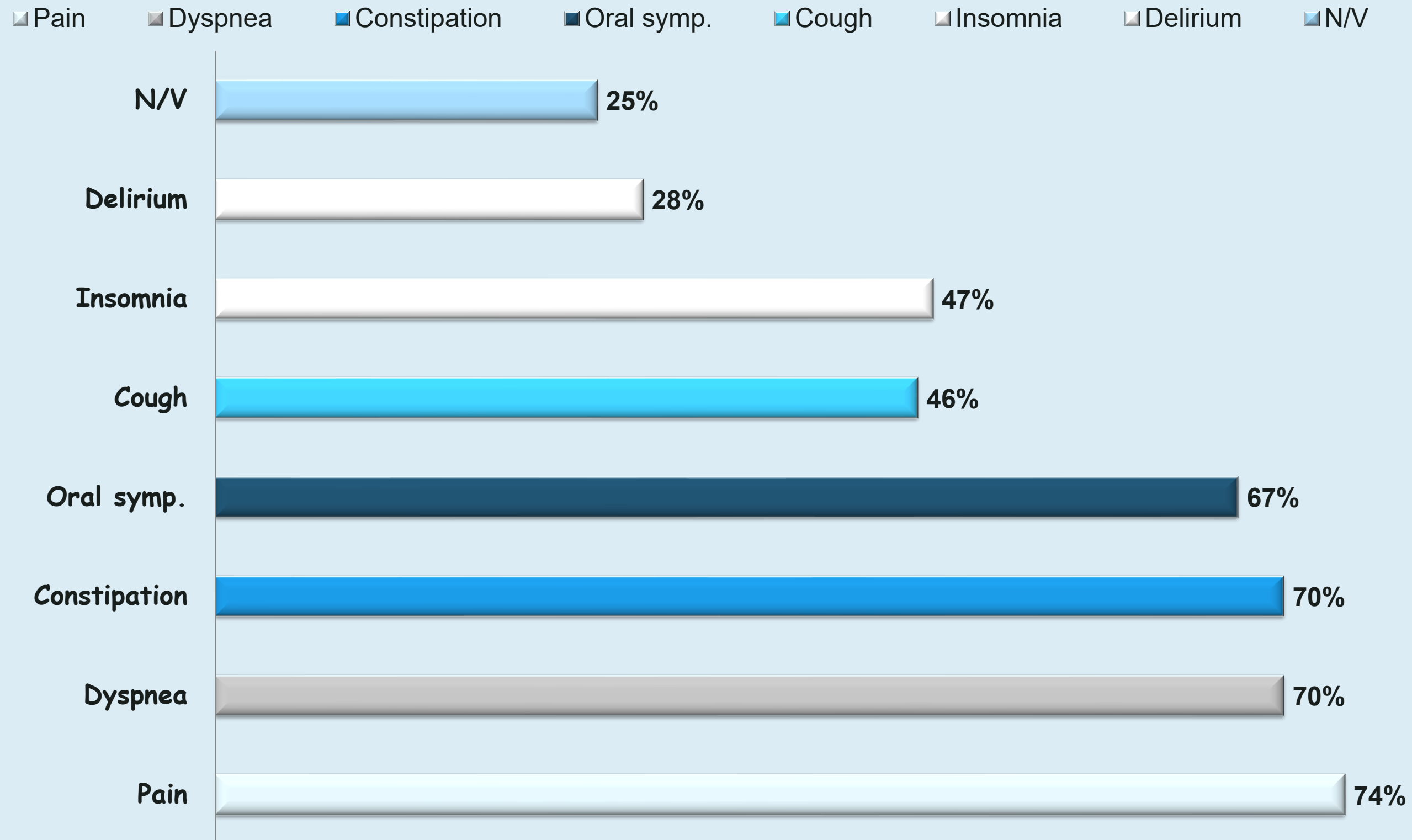
- Goal of care
- Intervention
- Plan
- Empathy

Advance directive

Support

Emotional, spiritual, and practical assistance for all ensures that individuals and their families feel supported.

อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยระยะท้าย



Palliative Performance Scale

PPS %	Survival time (days) Mean (95%CI)
10	3 (1,5)
อ่อนล้ามาก กลืนลำบาก	
30	20 (16,24)
นอนติดเตียง ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	
50	76 (64,88)
60	92 (80,105)
นั่งนอน >50% ของวัน	

เป็นแบบประเมินระดับสมรรถนะผู้ป่วยระยะท้าย
มีระดับตั้งแต่ 0-100%

วัตถุประสงค์

- สื่อสารให้เห็นสมรรถนะของผู้ป่วยและพยากรณ์ระยะเวลาที่เหลือ
- ช่วยประกอบการตัดสินใจในการดำเนินการต่างๆ

Lau, Downing et al. J Pain Symp Manage. 2009 .

PPS %	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการปรากฏของโรคให้เห็น	การดูแลตนเอง	การรับประทาน	ระดับความรู้สึกตัว
100	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ ไม่ปรากฏอาการของโรค	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	ปกติ	ต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรมตามปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติหรือ ลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ลดลง	ไม่สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ โรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้าน โรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ต้องช่วยเหลือเป็นครั้ง คราว	ปกติหรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	นั่ง/นอนเป็นส่วน ใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	อยู่บนเตียง เป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือเป็นส่วน ใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
30	อยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ปกติหรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
20	อยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	จิบน้ำได้ เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10	อยู่บนเตียง ตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ทำความสะอาดปาก เท่านั้น	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

Case exercise

Case ที่ 1. ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมาก มีการกระจายไปที่กระดูกใช้เวลาแต่ละวัน **นั่งหรือนอนอยู่บนเตียง** เนื่องจากอ่อนเพลีย ต้องประคองเวลาเดินถึงแม้จะเดินในระยะสั้นๆ ล้างหน้าแปรงฟันได้เอง พูดคุยสื่อสารได้ รับประทานอาหารได้ปกติ

PPS %	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการปรากฏของโรคให้เห็น	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
100	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ ไม่ปรากฏอาการของโรค	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
90	ปกติ	ทำกิจกรรมและทำงานได้ปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติ	รู้สึกตัวดี
80	ปกติ	ต้องใช้ความพยายามในการทำกิจกรรมตามปกติ โรคเริ่มปรากฏให้เห็น	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
70	ลดลง	ไม่สามารถทำกิจกรรมและทำงานได้ตามปกติ โรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ปกติ	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดี
60	ลดลง	ไม่สามารถทำงานอดิเรก/งานบ้าน โรคปรากฏให้เห็นชัดเจน	ต้องช่วยเหลือเป็นครั้งคราว	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
50	นั่ง/นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน

Case exercise

Case ที่ 2.ผู้ป่วย CA liver ระยะแพร่กระจายนอนติดเตียงไม่สามารถทำกิจกรรมใดได้ได้ รับประทานอาหารได้น้อยลง ต้องช่วยเหลือในการทำกิจกรรมเช่น เช็ดตัว อาบน้ำบนเตียง บางครั้งมีเพื่อ สับสน

PPS %	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการปรากฏของโรคให้เห็น	การดูแลตนเอง	การรับประทานอาหาร	ระดับความรู้สึกตัว
50	นั่ง/นอนเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำงานได้เลย โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือมากขึ้น	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือสับสน
40	อยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
30	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ปกติหรือลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
20	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ทำความสะอาดปากเท่านั้น	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน

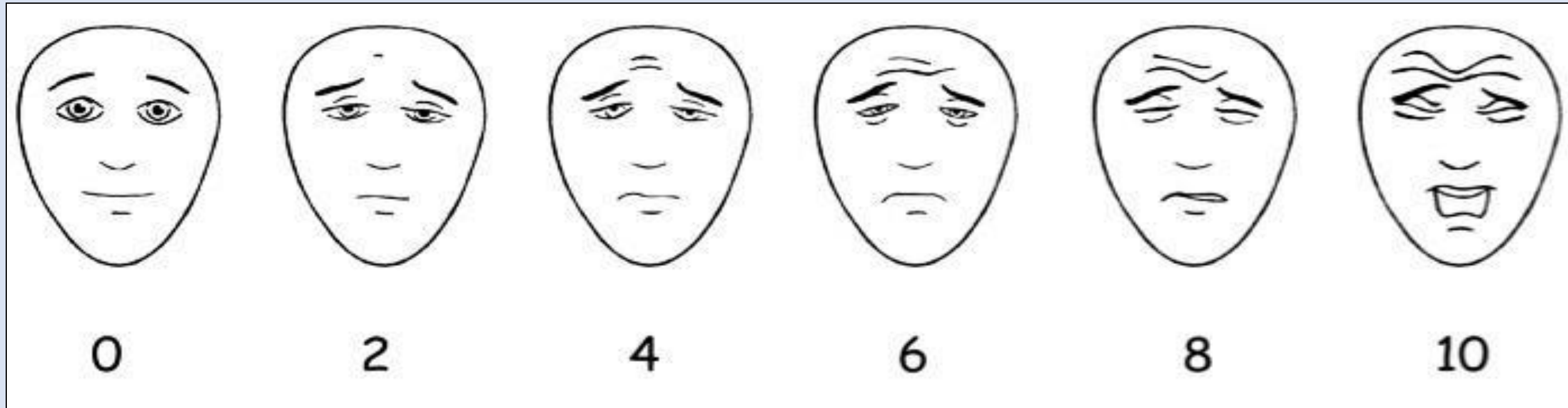
Case exercise

Case ที่ 3 ผู้ป่วย CA Breast ได้รับการวินิจฉัยว่ามีแพร่กระจายไปที่ตับและปอด นอนติดเตียงไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆได้ รับประทานอาหารและน้ำไม่ได้ (บ้วนปากได้เท่านั้น) มีอาการเพ้อสับสน

PP S %	การเคลื่อนไหว	การปฏิบัติกิจกรรมและการปรากฏของโรคให้เห็น	การดูแลตนเอง	การรับประทาน	ระดับความรู้สึกตัว
40	อยู่บนเตียงเป็นส่วนใหญ่	ไม่สามารถทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่	ปกติ หรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
30	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ปกติหรือ ลดลง	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
20	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	จิบน้ำได้เล็กน้อย	รู้สึกตัวดีหรือง่วงซึม +/- สับสน
10	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ไม่สามารถทำกิจกรรมใด ๆ โรคมีการลุกลามมาก	ต้องช่วยเหลือทุกอย่าง	ทำความสะอาดปากเท่านั้น	ง่วงซึมหรือไม่รู้สึกตัว +/- สับสน
0	เสียชีวิต	-	-	-	-

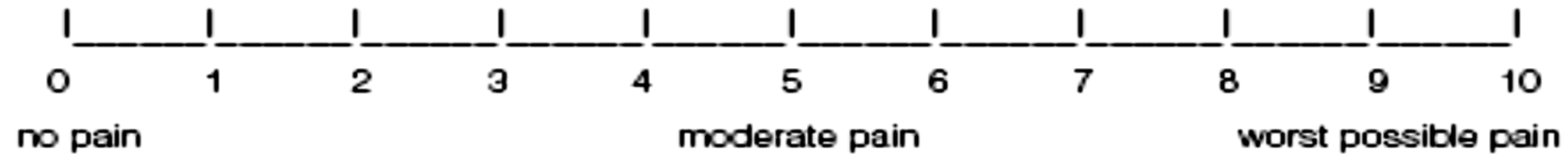
Pain Assessment and Management in Palliative Care

การวัดระดับความปวด



Number score

Ask the patient to show where their pain comes on the scale of 1 – 10



Pain scale

Number scale /faces scale	Pain level
0	No
1-3	Mild
4-6	Moderate
7-10	Severe

Management of Chronic Pain

- ***By the clock***
- ***By the mouth***
- ***By the patient***



Cancer Pain

- **Background pain** ปวดพื้นฐาน มักเป็นอยู่ตลอดเวลา → ควบคุมโดยใช้ WHO guideline ให้ยาอย่างต่อเนื่อง
- **Episodic pain** ปวดเป็นครั้งคราว สาเหตุ:
 - **End-of-dose failure** ขนาดยาไม่เพียงพอ ทำให้ปวดก่อนถึงเวลาให้ยาครั้งต่อไป
→ เพิ่มขนาดยา
 - **Breakthrough pain** ปวดขึ้นอย่างเฉียบพลัน
→ ให้ยาระงับปวดฤทธิ์สั้นแบบ prn.
 - **Incident pain** ปวดเฉียบพลันที่มีสิ่งกระตุ้น เช่น การขยับตัวใน bone metastasis การทำแผล
→ ให้ยาระงับปวดฤทธิ์สั้นป้องกันไว้ก่อน

Breakthrough Cancer Pain

Spontaneous Pain
(No apparent trigger)

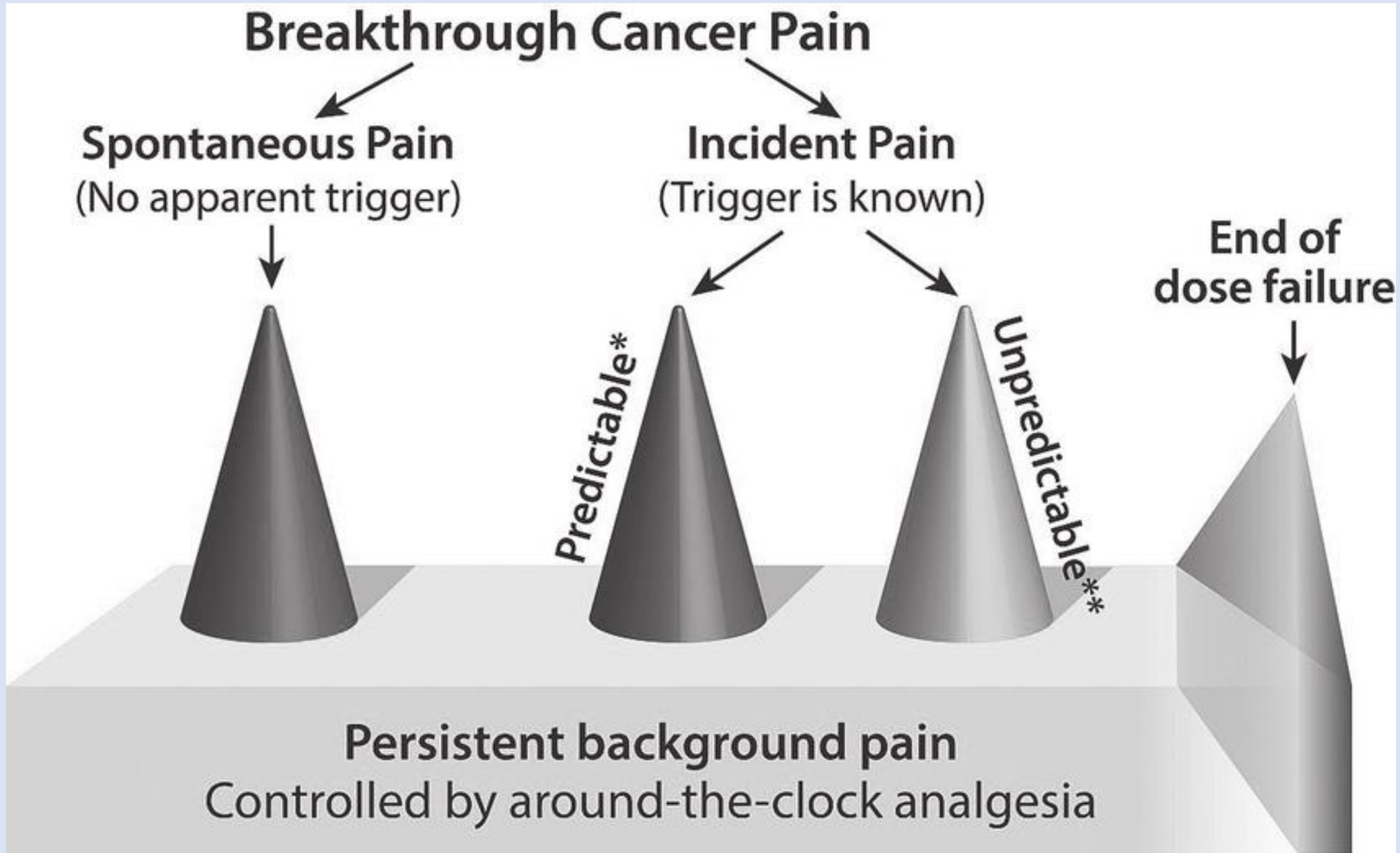
Incident Pain
(Trigger is known)

**End of
dose failure**

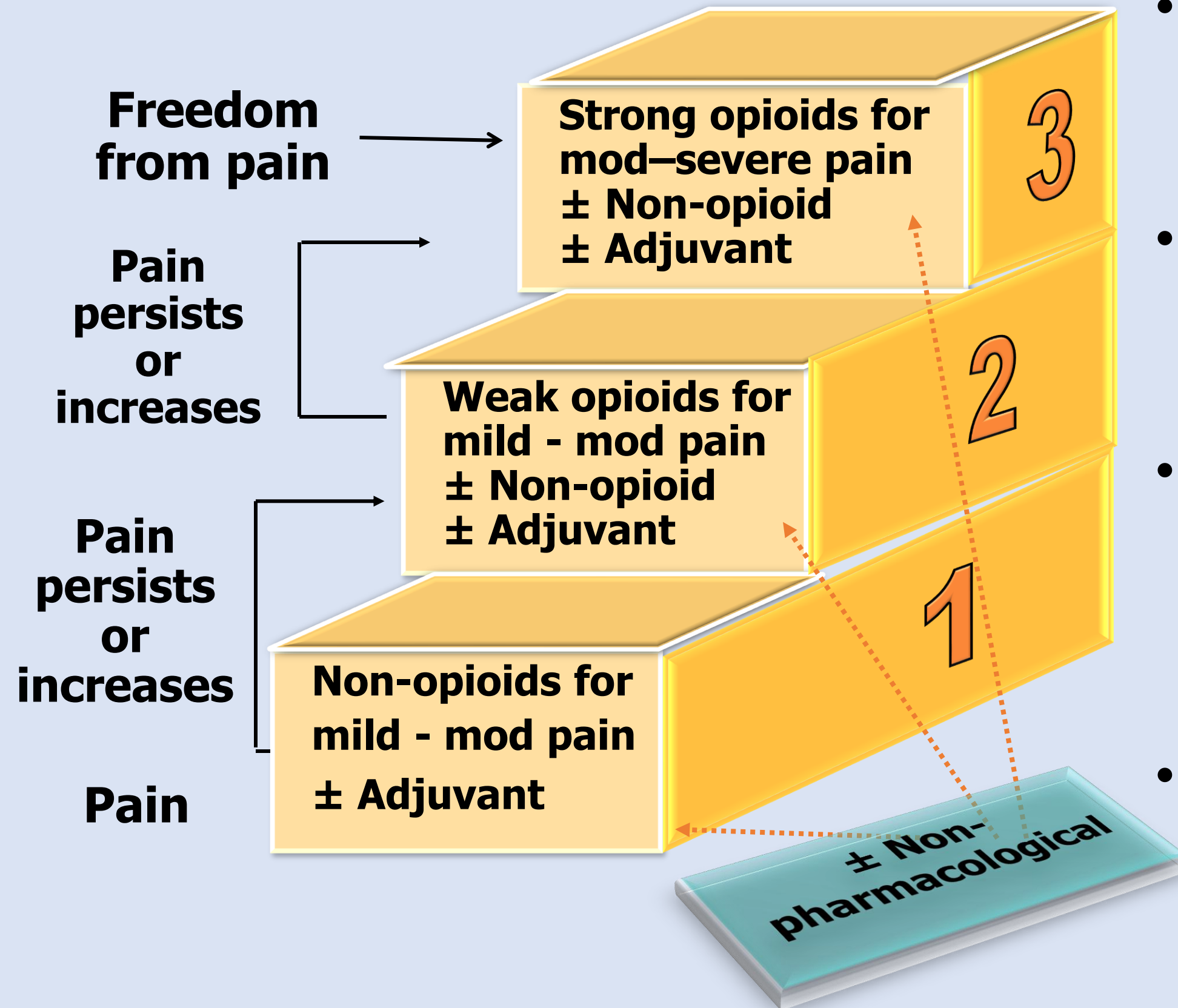
*Predictable**

*Unpredictable***

Persistent background pain
Controlled by around-the-clock analgesia



WHO 3-Step Analgesic Ladder



- **Non-opioids:**
 - Acetaminophen
 - NSAIDs
- **Weak opioids:**
 - Codeine
 - Tramadol
- **Strong opioids:**
 - Morphine
 - Fentanyl
 - Methadone
- **Adjuvants:**
 - Anticonvulsants
 - Antidepressants
 - Corticosteroids

Strong Opioids

- **Morphine:** Full μ agonist
Standard opioid which others are compared
Metabolized by hepatic conjugation
- **Methadone**
- **Pethidine** **X** ไม่ควรใช้ต่อเนื่องระยะยาว neurotoxicity
- **Fentanyl:** μ agonist
Potency 100 X of morphine
Rapid onset, short duration of action

Approximate dose conversion ratio; PO to PO

Conversion	Ratio	Calculation	Example
Codeine to MO	10:1	Divide 24h codeine dose by 10	Codeine 240mg/24h PO → morphine 24mg/24h PO
Tramadol to MO	5:1	Divide 24h tramadol dose by 5	Tramadol 400mg/24h PO →Morphine 80 mg/24h PO
MO to methadone	Discuss with palliative medicine consultant		
Approximate dose conversion ratio; PO to SC/IV			
MO to MO	3:1	Divide 24h morphine dose by 3	Morphine 30mg/24h PO →morphine 10 mg/24h SC/IV → morphine 0.4mg/h SC/IV
Methadone to methadone	2:1	Divide 24h methadone dose by 2	Methadone 30mg/24h PO →methadone 15 mg/24h SC/IV
MO to fentanyl		Use same calculation as for transdermal patch	
Approximate dose conversion ratio; PO to TD			
MO to fentanyl	100:1	Multiply 24h morphine PO dose in mg by 10 to obtain 24h fentanyl dose; divide answer by 24 to obtain mcg/hr patch strength	Morphine 120 mg/24h PO →Fentanyl 1,200 mcg/24h; →1,200/24= 50 mcg patch q 72h.

Morphine

- ผู้ป่วยแต่ละรายต้องการยาขนาดแตกต่างกัน ขึ้นกับความรุนแรงของ ความปวดและการตอบสนองต่อยา
- ขนาดยาไม่มีเพดานสูงสุด เพิ่มได้จนกว่าจะหายปวด
- Conversion PO:IV = 3:1
- Severe hepatic impairment –ลดความถี่ (ทุก 6-8 ชม.)
- Renal impairment ควรหลีกเลี่ยงหรือลดขนาดยา

GFR (mL/min)	Morphine	Hydromorphone or Hydrocodone	Oxycodone	Methadone	Fentanyl
>50	100*	50 to 100*	100*	100*	100*
10-50	50 to 75*	50*	50*	100*	75 to 100*
<10	25 to 50*	25*	Do not use	50 to 75*	50*

GFR = glomerular filtration rate. * = % of normal dose. Codeine, meperidine, and propoxyphene are not recommended for use.

Morphine

- ถ้าไม่เคยได้ MO มาก่อน ควรเริ่มขนาดน้อย แล้วค่อยๆ titrate ขึ้นจนกว่าจะคุมความปวดได้ดี
- ใช้เวลา 2-3 วันในการ titrate ยา
- ควรเริ่มด้วยยา MO ฤทธิ์สั้นโดยให้ยาควบคุม background pain q 4h. + prn q 2h.
- ถ้าอาการไม่ดีขึ้นปรับยาเพิ่มเท่ากับ MO ที่ได้ใน 24h ที่ผ่านมา (background + prn)

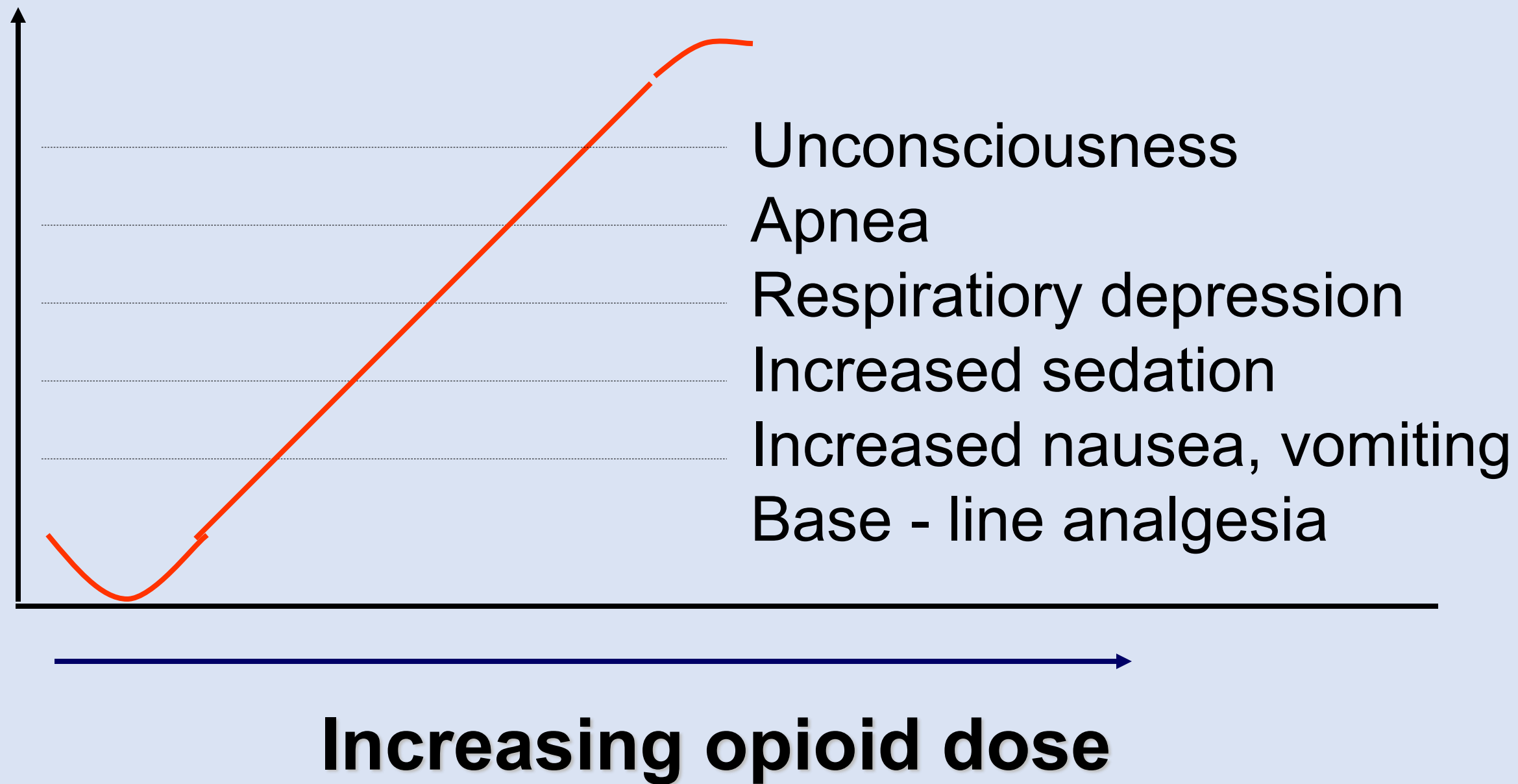
Titration of Morphine for Pain Control

- ขนาดเริ่มต้น Background pain
- 0.15-0.3 mg/kg **PO** q4h MO naïve เริ่มต้นด้วย 5 mg (max 10-15 mg)
- 0.05-0.1 mg/kg **IV/SC** q4h MO naïve มักเริ่มต้นด้วย 3 mg (max 5-10 mg)
- ตัวอย่าง
 - 5 mg immediate released MO → MO-IR (10 mg)
½ tab or MO syr (2mg/cc) 2.5 cc PO q4h. **MDD 30 mg/d**
หรือให้ 10 mg controlled release tab (MST) q8h. MDD 30 mg/d
 - **Break through dose** = dose ที่ให้ทุก 4 ชม. หรือเท่ากับ MO ที่ได้ใน 24h ÷ 6
ในรูปแบบ immediate released
→ MO-IR ½ tab หรือ MO syr 2.5 cc prn for BTP q2h.

Side Effects of Opioids

- ห่วงผูกพบร้อยละ 90 และเป็นตลอดระยะที่รับประทานยา ต้องให้ยาระบายตลอดการใช้ยา
- คลื่นไส้อาเจียนพบร้อยละ 30 มักพบในช่วงแรก อาจให้ยาแก้อาเจียนในช่วง 3-4 วันแรก
- อาการคันพบร้อยละ 7 Rx → antihistamine
- ปากแห้ง
- ปัสสาวะลำบาก
- Delirium

Increasing analgesic response



Morphine

Preparations & administration:

ยาฤทธิ์สั้น (immediate-released)



มอร์ฟีนชนิดเม็ดออกฤทธิ์เร็ว = Morphine IR 10 mg

(Immediate Release) บด/หักเม็ดยาได้

เริ่มออกฤทธิ์ : 15-30 นาที

ระยะเวลาออกฤทธิ์ : 2-4 ชั่วโมง

วิธีใช้ : กิน 1 เม็ด ทุก 2 ชั่วโมง เวลาปวดหรือเหนื่อย

หรือกิน 1 เม็ด ทุก 4 ชั่วโมง เวลาปวดหรือเหนื่อย



มอร์ฟีนชนิดน้ำออกฤทธิ์เร็ว = Morphine Syrup 10 mg/5ml

เริ่มออกฤทธิ์ : 15-30 นาที

ระยะเวลาออกฤทธิ์ : 2-4 ชั่วโมง

วิธีใช้ : กิน 1 ช้อนชา ทุก 2 ชั่วโมง เวลาปวดหรือเหนื่อย

หรือกิน 5 ซีซี ทุก 4 ชั่วโมง เวลาปวดหรือเหนื่อย

ยาฤทธิ์ยาว (slow-released):

MST (10, 30, 60, 100 mg/tab)



มอร์ฟีนชนิดเม็ดออกฤทธิ์นาน = Morphine MST 10 mg

(Prolonged-Release Morphine Sulfate Tablet) ไม่บด/ไม่หักเม็ดยา

เริ่มออกฤทธิ์ : 1 ชั่วโมง

ระยะเวลาออกฤทธิ์ : 8-12 ชั่วโมง

วิธีใช้ : กิน 1 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง

Kapanol (20, 50, 100 mg/cap)



มอร์ฟีนชนิดแคปซูลออกฤทธิ์นาน = Kapanol 20 mg

(Sustained-Release pellets) สามารถแกะแคปซูลเทยาใส่สายอาหารได้

เริ่มออกฤทธิ์ : 2-4 ชั่วโมง

ระยะเวลาออกฤทธิ์ : 12-24 ชั่วโมง

วิธีใช้ : กิน 1 เม็ด วันละครั้ง

Transdermal Opioids



เฟนทานิลชนิดแผ่นแปะออกฤทธิ์นาน = Fentanyl Patch 12mcg/h

(Fentanyl Transdermal System) ไม่ฉีก/ไม่ตัดแผ่นยา

เริ่มออกฤทธิ์ : 12-24 ชั่วโมง

ระยะเวลาออกฤทธิ์ : 72 ชั่วโมง

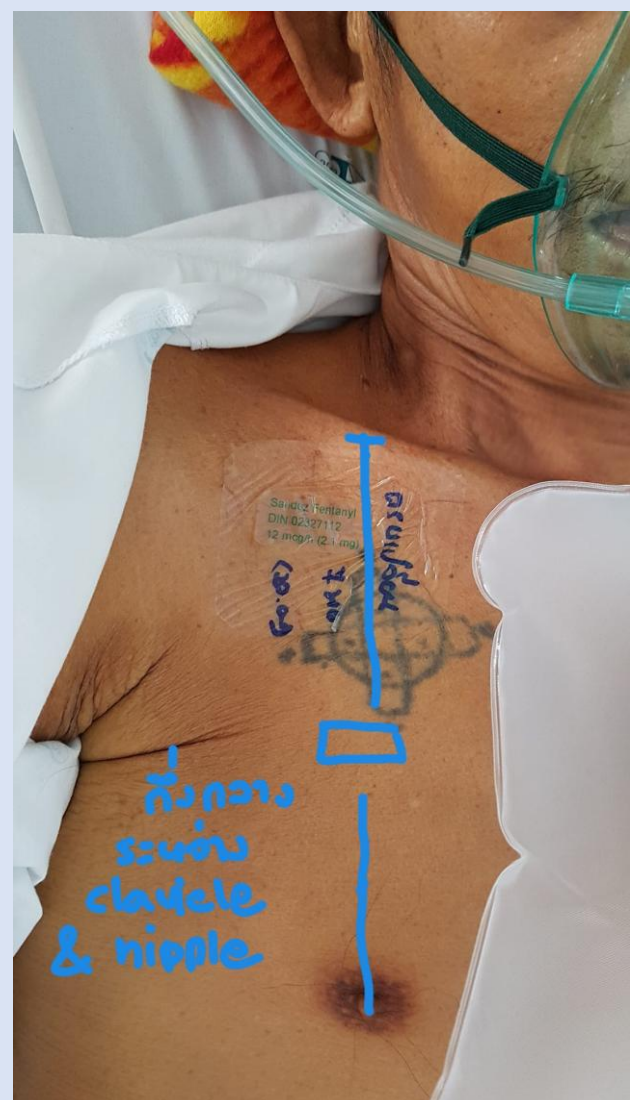
วิธีใช้ : แปะหน้าอกครั้งละ 1 แผ่น ทุก 72 ชั่วโมง (เปลี่ยนแผ่นยาทุก 3 วัน)

ใช้ใน

- ผู้ป่วยที่คุมความปวดได้ดีแล้ว
- ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ได้



Transdermal Patch



วิธีใช้
แผ่นแปะ
Fentanyl



กลุ่มงานบริการและบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครราชสีมา

MST(10)



สีและรูปร่าง
คล้ายกัน

Mo IR

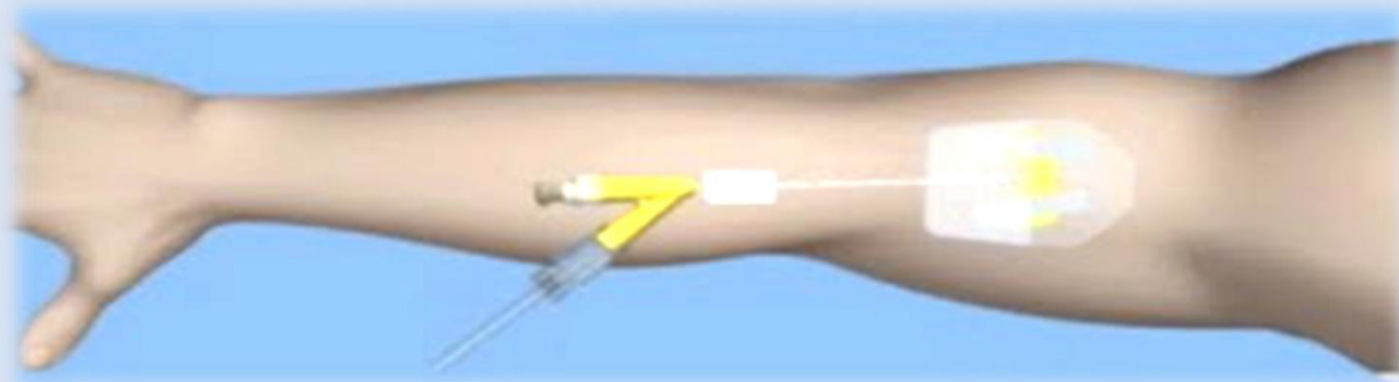


Mo syrup



Subcut Medication Method

1. Bolus administration ครั้งละไม่เกิน 2 ml โดยไม่ต้องเจือจางยา ก่อนฉีด



2. Continuous subcutaneous infusion (CSI) โดยการใช้เครื่องให้ยาอย่างต่อเนื่องที่เรียกว่า syringe driver

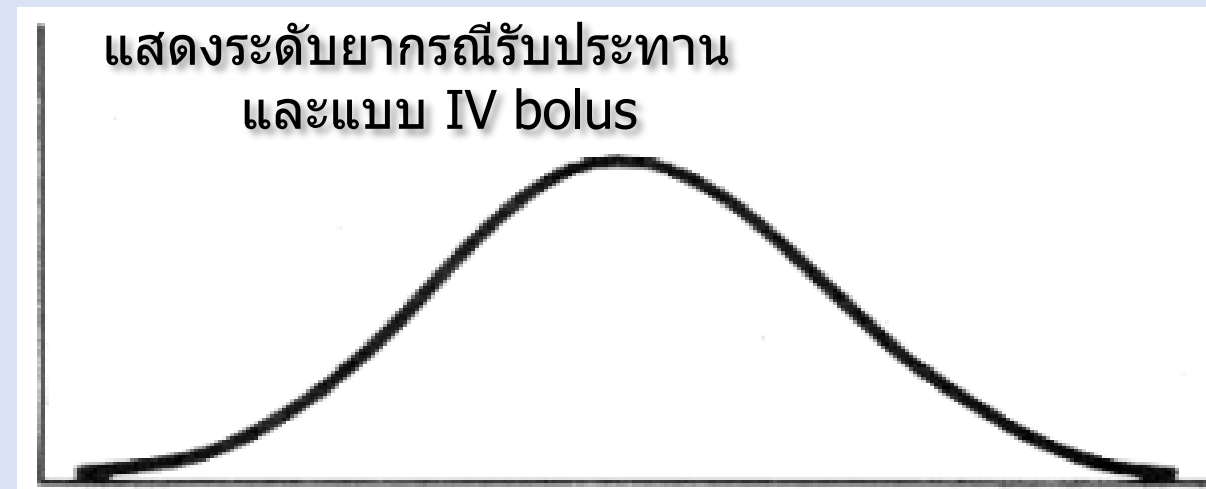


Indications for SC Administration

- ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ได้เนื่องจากกลืนลำบากจากการมีก้อนอยู่ในปาก คอ หรือหลอดอาหาร
- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดูดซึมในระบบทางเดินอาหาร เช่น ลำไส้อุดตัน อาเจียนมาก
- หลีกเลียงการแทง IV ซึ่งต้องเปลี่ยนที่บ่อย หรือแทงลำบาก หาเส้นไม่ได้
- เมื่อต้องการให้ยาแบบ systemic เนื่องจากการรับประทานได้ผลไม่ดี ทำให้คุมอาการไม่ได้
- ผู้ป่วยที่การรู้สึกลดลง หรืออยู่ในระยะใกล้เสียชีวิตไม่สามารถกลืนยาได้

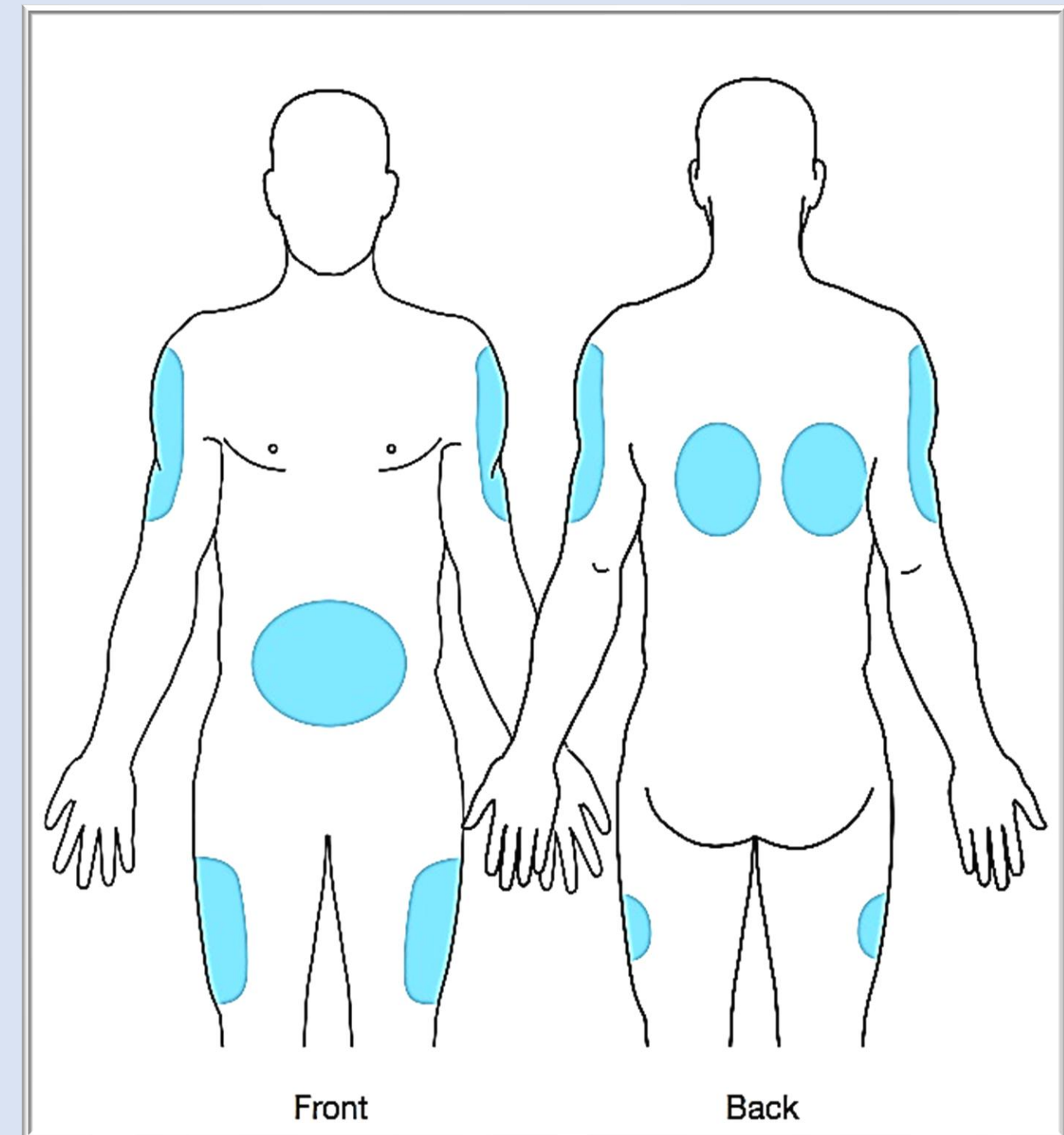
Advantages of CSI Route

- ผู้ป่วยสบายกว่า ไม่ต้องแทง IV บ่อยๆ
- การให้ยาทาง IV ไม่สามารถทำได้ที่บ้านเพราะต้องเปลี่ยนตำแหน่งให้ยาทุก 3-4 วัน และเสี่ยงต่อการเกิด phlebitis, infection
- การให้ทาง SC ยาคะค่อยๆ ออกฤทธิ์ ระดับยาคงที่ สม่ำเสมอ ควบคุมอาการได้ดี



SC Cannula Insertion Sites

1. ต้นแขนด้านหน้า
2. หน้าอก
3. สะบัก (ถ้าผู้ป่วยมีภาวะสับสน วุ่นวาย)
4. หน้าท้อง
5. หน้าขา
6. ตำแหน่งที่ควรหลีกเลี่ยง: ปุ่มกระดูก
ข้อพับ ฉายแสงมีการติดเชื้อ แผลมะเร็ง
บวม ท้องมาน



Sites Not Suitable for Injection

- บริเวณแขนขาที่มี lymphedema
- บริเวณหน้าท้องที่มี ascites
- ปุ่มกระดูก ข้อพับต่างๆ
- บริเวณฉายแสง
- บริเวณที่มีเลือดมาเลี้ยงน้อย
- ตำแหน่งที่มีการติดเชื้อ เช่น ใกล้ตำแหน่งแผลมะเร็ง
- หลีกเลียงบริเวณหน้าอกในผู้ป่วยที่พอมมากหนังหุ้มกระดูก

Choice of Cannula



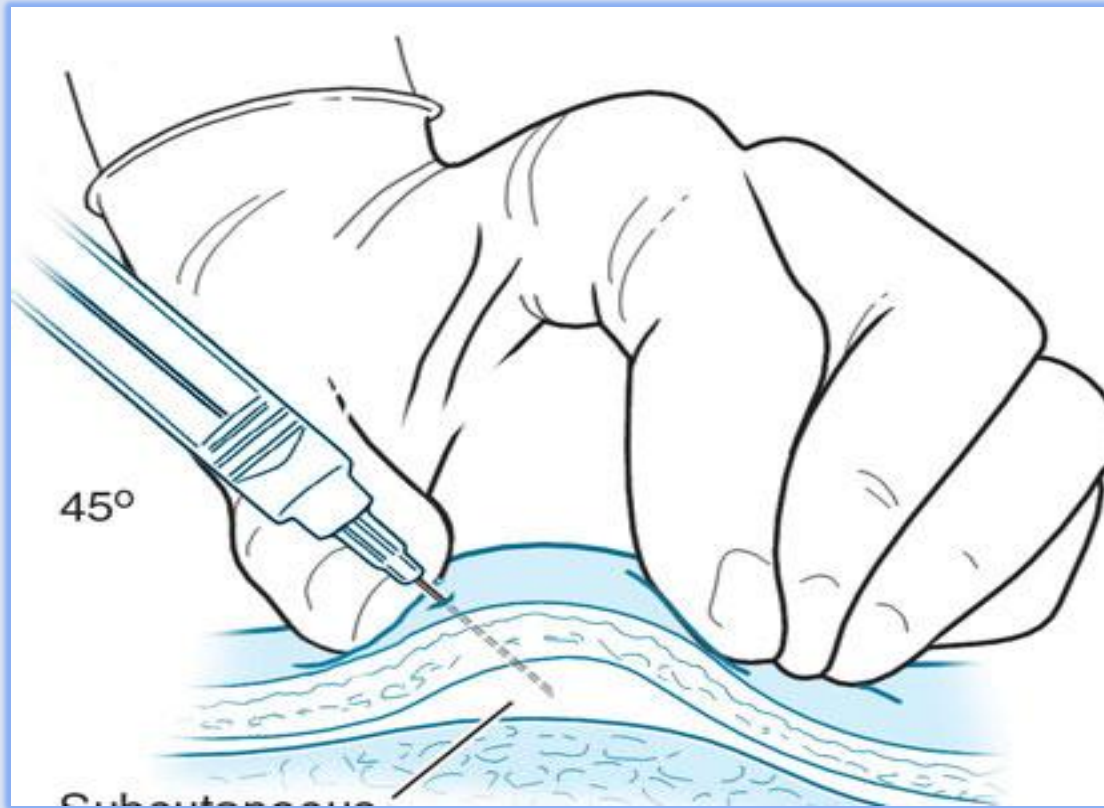
**Metal butterflies needle
No.23-25**



Teflon butterflies

ควรเลือกใช้เข็มชนิดพลาสติกจะดีกว่าเข็มเหล็ก

Procedure



- ใช้มือข้างที่ไม่ถนัดบีบเนื้อให้แน่น ดึงค้างไว้
- แทงเข็มโดยเอียงทำมุม 45 องศา แทงลงไปจนสุดเข็ม
- กรณีไม่มี scalp vein ใช้ intravenous catheter No.24 แทนได้ แต่แทงลึก 2/3-3/4 ของความยาวเข็ม



การดูแลตำแหน่งที่ให้ยา

- บันทึกวันที่เริ่มให้ยาทางใต้ผิวหนัง
- ถ้าพบเลือดปรากฏในสาย butterfly needle ควรเปลี่ยนตำแหน่งใหม่
- ตรวจสอบตำแหน่งที่ให้ยา เช่น ปวด บวม แดง ร้อน คัน ทุก 8 ชั่วโมง พร้อมบันทึก และเปลี่ยนตำแหน่งใหม่
- ถ้าไม่มี site reaction ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนตำแหน่งในการให้ยาใหม่บ่อยๆ
- ถอดเข็มออกทันที ถ้าพบว่ามี leakage

ภาพแสดง subcut site



Drug Preparation

ตัวอย่าง นาย ก. ต้องใช้ยาควบคุมอาการปวดและอาการสับสนโดยใช้
syringe driver ดังนี้:
Mo 30 mg + hadol 5 mg

1. เปิดคู่มือการให้ยาใต้ผิวหนังผู้ป่วยระยะท้ายสำหรับทีมสุขภาพ
หรือเปิด syringe driver drug compatibility GL 2013
ตรวจสอบความเข้ากันได้ของยาและเลือกตัวทำละลายที่เหมาะสม
คือ NSS
2. ยาและตัวทำละลายผสมรวมกันแล้วให้ได้ 15 ml

→ Mo 30 mg = 3 ml

→ Hadol 5 mg = 1 ml

} Total = 4 ml

Preparing the Infusion

3. ใช้ syringe 20 ml ดูดตัวทำละลายคือ NSS จำนวน 16 ml ก่อนดูดยาทั้งสองตัวตามปริมาณที่ต้องการ (รวม 4 ml) เมื่อรวมแล้วได้ 20 ml วัดความยาวกับ scale ที่อยู่บนหน้าเครื่องจะได้ความยาวเกือบ 5 ช่อง หรือประมาณ 72 mm



Rate mm/hour

Fluid length mm
Infusion time

$$\frac{72 \text{ mm}}{24 \text{ hours}} = 3 \text{ mm/hour}$$

Syringe Driver Drug Compatibilities Practice Guidelines 2013

ยาที่ผสมรวมกันได้	Compatibility	ตัวทำลาย	
Morphine, Haloperidol	/	NSS	SWI
Morphine, Metocloplamide	/	NSS	SWI
Morphine, Midazolam	/	NSS	SWI
Fentanyl, Ketololac	/	SWI	
Ketamine, Morphine	/	NSS	
Morphine, Metoclopramide, Midazolam	/	NSS	
Morphine, Midazolam, Octreotide	/	NSS	
Morphine, Midazolam, Haloperidol, Metoclopramide*	/	SWI	



Advance care plan
Advance directive

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning)

- คือกระบวนการการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิตอาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ
- โดยอาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ หรือผู้ป่วยอาจทำได้ด้วยตนเอง หรือปรึกษาสมาชิกครอบครัว หรือปรึกษาบุคลากรสุขภาพ



ข้อดีของ ACP

- การพูดคุยเปิดเผย เกิดความไว้วางใจระหว่างแพทย์และผู้ป่วยและครอบครัว
- เกิดการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้ป่วย ตัวแทนและทีมรักษา
- ผู้ป่วยมีโอกาสพิจารณาสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่ามีความค่านในชีวิตและวางแผนการประสงคการรักษารักษา
- แพทย์และผู้ตัดสินใจแทนทราบความต้องการของผู้ป่วย
- ลดความวิตกกังวล/ความกลัวของผู้ป่วยและทีมที่รักษา
- หลีกเลี่ยงความสับสน/ความขัดแย้งที่อาจเกิดในอนาคต
- ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น

การค้นหาเป้าหมายที่ผู้ป่วยต้องการ และการยอมรับภาระจากการรักษา

- ผู้ป่วยแต่ละคนมีเป้าหมายของการดูแล (Goals of Care) แตกต่างกันไป
 - เลือกความสบาย ไม่เจ็บปวด
 - สู้เต็มที่เพื่อรักษาชีวิตหรือยืดเวลาให้นานที่สุด
 - เลือกระหว่างกลาง
- ภาระจากการรักษา การรักษาต้องแลกกับความไม่สบาย ผู้ป่วยยอมรับความไม่สบายกับการรักษาหรือไม่

การตัดสินใจ

- ควรกระทำอยู่บนพื้นฐานของผลประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยเป็นที่ตั้ง
- ควรกระทำโดยผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมสุขภาพ
- ควรกระทำอย่างรอบคอบโดยใช้ข้อมูลที่ดีที่สุด
- ควรได้รับการทบทวนเพื่อให้มั่นใจว่าได้กระทำโดยยึดหลักของ principles of autonomy , beneficence, non-maleficence,, justice/equity

Communicating Goals in PC

- ควรมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์การดูแลและเป้าหมายการดูแลมากกว่า
พูดคุยเรื่องวิธีการรักษา

“เมื่อโรคดำเนินมาถึงจุดนั้นแล้วคุณคิดอย่างไร?”

“ผลลัพธ์ที่คุณต้องการคืออะไร?”

“ถ้าสามารถเลือกเป้าหมายการดูแลได้ คุณจะเลือกอะไร?”

Advance Care Planning ต่างจาก Advance Directives อย่างไร?

- ACP เป็นกระบวนการ
- AD เป็นเอกสารซึ่งแจ้งความ
จำนงค์เกี่ยวกับความปรารถนาของ
ผู้ป่วย และกำหนดผู้มีอำนาจ
ตัดสินใจแทน
- การแจ้งความจำนงค์ด้วยวาจา
สามารถใช้ปฏิบัติได้ แต่ทาง
การแพทย์ต้องการเป็นลายลักษณ์
อักษรที่เป็นทางการ



พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

หมวดที่ ๑ สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ

มาตรา ๑๒

"บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้ว มิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง"

ทำที่..... วันที่.....

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้วางแผนการดูแลล่วงหน้า

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล..... อายุ.....ปี เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....สถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ.....สิทธิการรักษา.....

ชื่อผู้ร่วมในวางแผนการดูแลล่วงหน้า ชื่อ.....นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้วางแผนการ

ดูแลล่วงหน้า..... เบอร์โทรศัพท์

ส่วนที่ 2. การแสดงเจตจำนงหรือความปรารถนา และแผนการดูแลหน้าที่ต้องการ

2.1 สิ่งที่ต้องการ/ให้ความสำคัญ สิ่งที่ต้องการหรือให้ความสำคัญในการดูแลตนเอง (ระบุได้หลายข้อ)

- ☐ (1) มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- ☐ (2) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อเกิดประโยชน์ใดๆ
- ☐ (3) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือทางการแพทย์
- ☐ (4) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2.2 สภาวะที่ไม่ต้องการ/ยอมรับไม่ได้ (ระบุได้หลายข้อ)

- ☐ (1) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลตลอด
- ☐ (2) ไม่มีการรับรู้/การนึกคิด จำคนที่รักไม่ได้ อยู่ในสภาวะผักถาวร (Persistent vegetative state)
- ☐ (3) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต ☐ (4) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2.3 ขอบเขตของการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการ (ระบุขอบเขตการรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการในกรณีที่ เจ็บป่วยร้ายแรงจนมีโอกาสรอด

ชีวิตน้อยมากหรือถึงแม้มีโอกาสรอดชีวิต แต่มีภาวะเสื่อมถอย ไม่มีสมรรถะที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (ระบุได้หลายข้อ)

- ☐ (1) รักษาเต็มที่แม้จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพก็ตาม
- ☐ (2) รักษาเต็มที่รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผล ก็อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการ เพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ☐ (3) รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ☐ (4) ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้ ☐ (5) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2.4 กรณีที่ข้าพเจ้าเจ็บป่วยและอยู่ในช่วงวาระสุดท้าย ต้องการการดูแลรักษาแบบใดและไม่ต้องการดูแลรักษาแบบใด

2.4.1 การตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่เร่งหรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ ☐ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ

2.4.2 ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่ใด ☐ บ้าน ☐ โรงพยาบาล ☐ ที่อื่นๆ (โปรดระบุ).....

2.4.3 การดูแลอื่นๆ ที่ต้องการ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ ๓. ผู้ตัดสินใจแทน

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ..... ปี มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่ติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์..... เป็นผู้ตัดสินใจแทนและ

ปรึกษาหารือกับทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เมื่อเอกสารฉบับนี้ขาดความชัดเจน โดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลสุขภาพผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาล และ

ยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลนี้ให้สถานพยาบาลอื่นเพื่อประโยชน์ในการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยสถานพยาบาลจะปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรฐานการ

รักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พศ. ๒๕๖๒



ยินดีต้อนรับเข้าสู่ระบบ e-Living Will

 เข้าสู่ระบบด้วย ThaiID

หรือ

เลขบัตรประจำตัวประชาชน

รหัสผ่าน 

[ลืมรหัสผ่าน ?](#)

เข้าสู่ระบบ

สำหรับผู้ที่ยังไม่มีบัญชีการ ใช้งาน

สร้างบัญชีผู้ใช้งานใหม่

ท่านสามารถศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมได้ที่ <https://www.nationalhealth.or.th/elivingwill>

PRIVACY POLICY

COPYRIGHT©2023

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



ChatBot

หนังสือแสดงเจตนา



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

L-1659900127555-V2

วันที่พิมพ์ 13 กรกฎาคม 2568

หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แบบอิเล็กทรอนิกส์

e - Living Will

ทำที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

วันที่ 08 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2568

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้แสดงเจตนา

ข้าพเจ้า น.ส. ชื่อ นามสกุล

วันเดือนปีเกิด วันที่ 15 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2529 ปีอายุ 39 ปี

เลขประจำตัวประชาชน เบอร์โทรศัพท์

ที่อยู่ติดต่อได้ 16 หมู่ที่ ตรอก/ซอย

ถนน มรุสใต้ หมู่บ้าน ตำบล/แขวง ตะพานหิน

อำเภอ/เขต ตะพานหิน จังหวัด พิจิตร รหัสไปรษณีย์ 66110

สถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน

สิทธิการรักษา ราชการ

ส่วนที่ 2 การแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนา

ที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ (การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ

กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็น และเป็นการสูญเสียเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

2.1 สิ่งที่ข้าพเจ้าต้องการ/ให้ความสำคัญ ในการดูแลตนเอง (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☒ (1) ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- ☒ (2) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อเกิดประโยชน์ใดๆ
- ☐ (3) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทรมานจากเครื่องมือทางการแพทย์
- ☐ อื่นๆ

2.2 สภาวะที่ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ยอมรับไม่ได้

- ☒ (1) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลตลอด
- ☒ (2) ไม่มีการรับรู้/การนึกคิด จำคนที่รักไม่ได้ อยู่ในสภาพผักถาวร
- ☒ (3) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต
- ☐ อื่นๆ

2.3 ขอบเขตของการรักษาที่ข้าพเจ้าต้องการ

ในกรณีเกิดการเจ็บป่วยร้ายแรง จะมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมากหรือถึงแม้มีโอกาสรอดชีวิตแต่มีภาวะเสื่อมถอย
ไม่มีความสามารถที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ขอบเขตของการรักษาที่ข้าพเจ้าต้องการคือ

- ☐ (1) รักษาเต็มที่แม้จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือแพทย์เพื่อพยุงชีพก็ตาม
- ☐ (2) รักษาเต็มที่รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผล
ก็อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ

หน้าที่ 1/2



สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ

L-1659900127555-V2
วันที่พิมพ์ 13 กรกฎาคม 2568

- ☒ (3) รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยืดชีวิตและ ขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- ☐ (4) ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้
- ☐ อื่นๆ

2.4 กรณีที่ข้าพเจ้าเจ็บป่วยและอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ข้าพเจ้าต้องการการดูแลรักษา
และไม่ต้องการดูแลรักษา คือ

- (1) การตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่เร่งหรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ
- ☒ ต้องการ ☐ ไม่ต้องการ
- (2) การยืดชีวิตให้ถึงที่สุดแม้ต้องใช้เครื่องพยุงชีพเช่น ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ป้อนหัวใจ
- ☐ ต้องการ ☒ ไม่ต้องการ

2.5 ถ้าข้าพเจ้าอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

- (1) ข้าพเจ้าต้องการใช้เวลาอยู่ที่
- ☐ บ้าน ☒ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ
- (2) ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่
- ☐ บ้าน ☒ โรงพยาบาล ☐ อื่นๆ

ส่วนที่ 3 ผู้ตัดสินใจแทน ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ เลขประจำตัวประชาชน
คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล
วันเดือนปีเกิด วันที่ เดือน พ.ศ. ปีอายุ ปี
มีความสัมพันธ์เป็น เบอร์โทรศัพท์ อีเมล
ที่อยู่ติดต่อได้..... หมู่ที่ ตรอก/ซอย
ถนน หมู่บ้าน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

เป็นผู้ตัดสินใจแทนและปรึกษาหารือกับทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เมื่อเอกสารฉบับนี้ขาดความชัดเจน โดยยึด
ความดีและความถูกต้องเป็นสำคัญ

ส่วนที่ 4 การเปิดเผยข้อมูลและการใช้ประโยชน์ในการรักษา

- ☒ ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลสุขภาพผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อ
ประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลนี้ให้สถานพยาบาลอื่นเพื่อประโยชน์ในการรักษาที่ต่อเนื่อง
โดยสถานพยาบาลจะคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรฐานการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตาม
พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

น.ส.สิรินทิพย์ สิตานนท์
ผู้แสดงเจตนา

หน้าที่ 2/2

TAKE HOME MESSAGE

- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายคือ ?
Surprised Question → PPS <50 → 7 กลุ่มโรค
- Symptom management : MO , syringer driver
- Communication : ACP , AD
- Supportive : Emotional spiritual care



**Thank
You**