

สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย



# การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (Emergency Management for the Elderly)



# EMERGENCY



บรรณาธิการ  
วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล

สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย



# การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (Emergency Management for the Elderly)

เลขทะเบียน M 0150715

วันลงทะเบียน ๕ 3 ๒๕๖๐

เลขเรียกหนังสือ



# EMERGENCY



บรรณาธิการ  
วีรศักดิ์ เมืองไพศาล



## การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (Emergency Management for the Elderly)

โดย สมาคมพญญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2557

จำนวน 1,000 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2 มกราคม 2560

จำนวน 1,000 เล่ม

ISBN : 978-616-91298-1-3

ราคา 300 บาท

ผู้จัดพิมพ์เผยแพร่ : สมาคมพญญาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

Thai society of Gerontology and Geriatric Medicine

สำนักงาน : ตึกหอพักพยาบาล 3 ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช

เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

โทรศัพท์ 0 2419-7284 โทรสาร 0-2411-5034

E\_mail : [tsgm2009@yahoo.co.th](mailto:tsgm2009@yahoo.co.th)

Website : <http://www.thaigeron.or.th/>

บรรณาธิการ : วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

พิมพ์ที่ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์

45/14 หมู่ 4 ถนนบางกรวย จงถนนอม

ตำบลบางขนุน อำเภอบางกรวย นนทบุรี 11130

โทร. 0-2879-9154

โทรสาร 0-2879-9153

[www.paropim.com](http://www.paropim.com)

ออกแบบปกโดย : ชนกภัทร ตั้งจิตรวัฒนาการ

คณะกรรมการสมาคมพุดชาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

Thai society of Gerontology and Geriatric Medicine

สำนักงาน : ตึกหอฟ้าพยาบาล 3 ชั้น 7 โรงพยาบาลศิริราช

เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700

โทรศัพท์ 0-2419-7284 โทรสาร 0-2411-5034

E mail : tggm2009@yahoo.co.th, Website : <http://www.thaigeron.or.th/>

ศ.พญ.ท่านผู้หญิงศรีจิตรา	บุญบาท	จิตปริกษา
อ.นพ.เกรงู	ศิริพานิช	จิตปริกษา
ศ.นพ.เทพ	ทิมะทองคำ	จิตปริกษา
พญ.วันดี	โมะกุล	จิตปริกษา
ศ.ดร.ประพนธ์	โรตทานนท์	จิตปริกษา
ศ.นพ.ประเสริฐ	อัสสันต์ชัย	นายกสมาคม
รศ.พญ.ดร. พัชรารัตน	ศรีศิลป์มันท์	อุปนายก 1
รศ.ร.อ.หญิงดร.ศิริพันธ์ุ	สาส์นย์	อุปนายก 2
รศ.นท.วิรัชศักดิ์	เมืองไพศาล	ประธานฝ่ายวิชาการ
ผศ.พญ.จรัสลักษณ์	ศรีนันทะระเสวีฐ	ประธานสถาบันพทยศาสตร์ฯ
รศ.ดร.นารีรัตน์	จิตรเมษณี	เหรียญก
นายพิทวัส	อินทรมัทธน์	ทนายได้
ผศ.ดร.เบญจมาศ	ภู่อินทร์	ปฏิคม
ผศ.ดร.ชาวี	พิวเกษมสุข	นายทะเบียน
ผศ.ดร.พรชัย	จุลเบตต์	ประชาสัมพันธ์
รศ.พญ.วิไล	คุปต์นิวัติชัยกุล	กรรมการกลาง
พญ.พิมพ์นิศา	วัฒน์พนม	กรรมการกลาง
นางสาวศิริวรรณ	อรุณทิพย์ไพฑูรย์	กรรมการกลาง
ผศ.ร.ต.ต.หญิง ดร.เรวดีพรรณ	รอบคอน	กรรมการกลาง
ผศ.ดร.วิภาพรรณ	วีโรจน์รัตน์	เลขาธิการและวิเทศสัมพันธ์

# สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ <i>วีรศักดิ์ เมืองไพศาล</i>	1
2. อาการที่พบบ่อยและอาการที่แปลกในผู้ป่วยสูงอายุที่ห้องฉุกเฉิน <i>ประเสริฐ วัลลิ์เทศชัย</i>	5
3. การบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยสูงวัย <i>รัฐระวี พัฒนวิวัฒน์ไพ</i>	20
4. การบริการผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน <i>พิพา ชาคร</i>	24
5. การคัดกรองผู้ป่วยผู้สูงอายุในห้องฉุกเฉิน <i>อุษณีย์ พ่องศรี</i>	32
6. การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน การคัดกรองและการจำแนกผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ <i>สุดประภรณ์นา ทิพารณสารกิจ สุพิศลา เรืองรัศมิ เมืองไพศาล</i>	35
7. การป้องกันการเกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาในผู้ป่วยสูงอายุ <i>อรพิชญา ไกรฤทธิ</i>	55
8. การประเมินภาวะฉุกเฉินและการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุเบื้องต้นที่บ้าน <i>ณิชาญา มั่นสมบุรณ์</i>	58
9. การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อลดทอนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล <i>ปณิดา ลิมประวิฒนะ</i>	65
10. การบาดเจ็บในผู้สูงอายุ <i>ภฤษณ์ แก้วโรจน์</i>	75
11. อุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ <i>กรองไศ จุลพสุธ</i>	80
12. ภาวะพิษเฉียบพลันในผู้สูงอายุ <i>สันมน โอนนาย</i>	87

# สารบัญ

เรื่อง	หน้า
13. ภาวะหกกลับในผู้สูงอายุที่มาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน วรลักษณ์ ศรีวันนพงษ์ประเสริฐ	91
14. ภาวะอุกคั่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ อาศิษ จุระณะนันทน์	99
15. ภาวะฉุกเฉินทางโรคหัวใจในผู้สูงอายุ ธนัญญา บุณยศิรินันท์	118
16. ภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	134
17. ภาวะซึมซับสนเฉียบพลัน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	167
18. ภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยของระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยสูงอายุ เมณสิญา มณีรัตนพร	192
19. การประเมินก่อนการผ่าตัดฉุกเฉินในผู้ป่วยสูงอายุ วิจิษฐ์ สัตร์ธอนวาทย์	206
20. การแจ้งข่าวร้ายและการดูแลครอบครัวผู้ป่วยในการฉุกเฉิน นาวิวิศน์ จิตรมนตรี	221
21. บทบาทของเทคโนโลยีสารสนเทศกับการจัดการและบริการผู้ป่วยในการฉุกเฉิน เทวศศักดิ์ สิวหาทอง	225

# คำนำ

ในปัจจุบันนี้ ประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น และผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมหลายอย่าง มีการเสื่อมถอยของการทำงานของอวัยวะต่างๆ และมีอาการที่ไม่ตรงไปตรงมา มีโอกาสการเกิดอุบัติเหตุ ต้องเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน ตลอดจนเป็นผู้ป่วยที่มีการใช้ยาหลายชนิด ให้อาาผิดพลาดได้ง่ายและมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้มากเช่นกัน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินขึ้นในผู้สูงอายุ

ประชากรผู้สูงอายุจะล้นระบบบริการการดูแลรักษาพยาบาลฉุกเฉินที่มีอยู่ และระบบบริการที่มีก็ยังไม่ได้รับการออกแบบอย่างเพียงพอพร้อมในการรองรับปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุ ในขณะที่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มาใช้บริการในห้องฉุกเฉินมากขึ้นเรื่อยๆ บุคลากรทางการแพทย์มักไม่ได้รับการฝึกอบรมในการดูแลภาวะฉุกเฉินเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ทำให้อาจเกิดความไม่มั่นใจในการดูแลปัญหาฉุกเฉินในประชากรกลุ่มนี้ หลายครั้งที่ผู้สูงอายุจะได้รับการวินิจฉัยที่ผิดพลาดและได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาเชิงโรคบางอย่างที่ซ่อนอยู่

ทางสมาคม طبสูติศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้จัดการประชุมวิชาการประจำปี ในหัวข้อ “การจัดการภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ” ขึ้นให้กับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความตระหนัก มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน เพื่อรองรับปัญหาที่กำลังเพิ่มทวีคูณในอนาคตอันใกล้ของประชากรไทย

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

บรรณาธิการ

# ทำไมภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุจึงสำคัญ

## (Why is Emergency Medicine in the Elderly Important?)

ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่น้อยที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจะมีลักษณะเฉพาะที่มีความสำคัญทางคลินิกและการจัดการ และจำเป็นที่ผู้ให้บริการจำเป็นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ประเด็นสำคัญที่ต้องทราบประกอบไปด้วยสามส่วน คือ หนึ่ง- ผู้สูงอายุใดบ้างที่จะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ สอง- ปัญหาที่เกิดขึ้นและมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากที่พบในคนทั่วไปที่มีภาวะฉุกเฉิน และสาม- ลักษณะจำเพาะของโรคหรือภาวะฉุกเฉินและการจัดการดูแลที่มีต่อผู้สูงอายุ ในบทความนี้จะเน้นที่ประเด็นสำคัญส่วนที่หนึ่ง และส่วนที่สอง โดยเฉพาะในมุมมองของสภาวการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลรักษา สำหรับส่วนที่สามและรายละเอียดบางประการของประเด็นสำคัญในส่วนที่สองจะมีในบทความถัดไป อันสอดคล้องกับหัวข้อการจัดประชุมวิชาการของสมาคมสหสาขาวิชาชีพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

### ผู้สูงอายุใดบ้างที่จะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ

ไม่ใช่ผู้สูงอายุทุกคนที่จะมีปัญหาหรือลักษณะเฉพาะในภาวะฉุกเฉินต่างจากบุคคลทั่วไป ถึงแม้ว่าอายุจะมีความสำคัญแต่ลักษณะของแต่ละบุคคลมีความสำคัญยิ่งกว่า ลักษณะหรือปัจจัยสำคัญของผู้สูงอายุที่ทำให้ผู้ให้บริการพึงตระหนักเพื่อทำให้เกิดความสืบสาวเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉิน และผลกระทบต่อคนกลุ่มนี้ประกอบไปด้วย

1. ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะพึ่งพา โดยเฉพาะกลุ่มที่พึ่งพิงอยู่ในกิจกรรมประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living) กลุ่มที่มีความจำกัดในการเคลื่อนไหวที่พึ่งในสถานะติดเตียง (Bed-bound) หรือสถานะติดบ้าน (Home-bound)
2. ผู้สูงอายุที่มีความจำกัดในการสื่อสาร ได้แก่ หูไม่ได้ หูหนวก จากบอดหรือเกือบบอด (Near blindness) มีความจำกัดในความเข้าใจอันเนื่องมาจากความผิดปกติของสมอง มีปัญหาความจำ มีปัญหาเรื่องจิตอารมณ์รุนแรง หรือมีความสับสนและเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร
3. ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวหรือเฝ้าบ้าน
4. ผู้สูงอายุที่มีลักษณะเฉพาะตนบางประการ ได้แก่ อายุสูงมาก สีดุหรือยาเสพติด มีประวัติหรือมีลักษณะว่าได้รับการทารุณกรรมทางร่างกาย (Physical abused elderly) และผู้สูงอายุที่มีโรคสำคัญจำนวนมาก

ลักษณะและปัจจัยข้างต้น นำไปสู่โอกาสที่สูงของปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะฉุกเฉินและแตกต่างจากที่พบในคนทั่วไปที่มีภาวะฉุกเฉิน โดยอาจเรียกเป็น "ปัจจัยเสี่ยงของปัญหาในภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุ" สำหรับสาเหตุของลักษณะและปัจจัยเหล่านี้มีหลายประการ อาทิ กระบวนการชรา การเปลี่ยนแปลงและความซับซ้อนของโรคและการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ การไม่สามารถแสดงออกหรือบอกสาเหตุได้ การสูญเสียหรือพิการจน ความยุ่งยากในการนำส่งสถานพยาบาล เป็นต้น อย่างไรก็ตามสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ให้บริการคือ



ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษในผู้สูงอายุกลุ่มนี้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

## ปัญหาที่เกิดขึ้นที่มีลักษณะเฉพาะ

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นและต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษในผู้สูงอายุเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน จะเน้นในมุมมองของผู้ให้บริการ โดยสามารถจำแนกออกได้เป็นสามกลุ่ม คือ ความยากในการรับรู้ที่เกิดภาวะฉุกเฉินและการวินิจฉัย การมีความรุนแรงและผลกระทบมากกว่าที่ควรจะเป็น และประเด็นการไม่ปฏิบัติตาม

### 1. ความยากในการรับรู้ที่เกิดภาวะฉุกเฉินและการวินิจฉัย

ผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยโดยเฉพาะกลุ่มที่มีลักษณะหรือปัจจัยเสี่ยง จะมีความยากในการได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ประสิทธิภาพของความผิดพลาดและการตรวจร่างกาย และมีความยากในการแปลผลจากข้อมูลที่ได้ เนื่องจากมีข้อมูลไม่เพียงพอหรือมีความซับซ้อนของโรคที่เป็นอยู่หรือจากอายุจำนวนมากที่อาจได้รับอยู่ในขณะนั้น บ่อยครั้งที่พบว่าผู้สูงอายุเหล่านี้มีอาการและอาการแสดงที่แปลกหรือไม่ชัดเจนแตกต่างจากจิตในผู้ป่วยกลุ่มอื่น อาทิ การที่มีอาการเจ็บปวดน้อยหรือมีอาการแสดงของโรคอีกเล็กน้อย การมาด้วยอาการที่ดูเหมือนจะไม่เกี่ยวข้องกับโรคหรือภาวะฉุกเฉินที่เป็น เป็นต้น ตัวอย่างของภาวะฉุกเฉินที่พบได้บ่อยและผู้สูงอายุมีอาการหรืออาการแสดงที่ไม่ชัดเจนหรือไม่ตรงไม่ไปตรงมา ได้แก่

- โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากหลอดเลือดหัวใจตีบ ที่ผู้สูงอายุอาจไม่มีอาการเจ็บปวดบริเวณทรวงอกหรือมีไม่ชัดเจน หรือมาด้วยเพียงอาการอ่อนเพลียหรือเวียนศีรษะ
- การติดเชื้อรุนแรง แต่ไม่ไข้หรือไข้ต่ำ หรือมีเฉพาะอาการสับสนที่ไม่ชัดเจน หรือมาด้วยปัญหาหลักอื่น
- การอักเสบหรือติดเชื้อในช่องท้อง เช่น อุจจาระผิดปกติ แต่ตรวจร่างกายไม่พบอาการแสดงของเยื่อช่องท้องอักเสบ เช่น การแข็งเกร็งของกล้ามเนื้อช่องท้องเมื่อกดตรวจ หรือการเจ็บปวดบริเวณหน้าท้องที่จุดและยกขึ้น เป็นต้น

### 2. การมีความรุนแรงและผลกระทบมากกว่าที่ควรจะเป็น

ที่จริงแล้วไม่เป็นที่น่าแปลกใจและยอมรับกันโดยทั่วไปว่าผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีลักษณะหรือปัจจัยเสี่ยงเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินจะมีความรุนแรงและผลกระทบมากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ แต่จำเป็นจะต้องหยิบยกขึ้นมาให้ตระหนักเป็นพิเศษเพราะเป็นส่วนสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดูแลรักษา เหตุของการที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินแล้วมีความรุนแรงและผลกระทบมากกว่าที่ควรจะเป็น นอกจากจะมีส่วนมาจากการวินิจฉัยล่าช้าอันเป็นผลจากความยากลำบากในการรับรู้ที่เกิดภาวะฉุกเฉินและการวินิจฉัยข้างต้นแล้ว ยังเกิดจากการมีกำลังมาอย่างสถานบริการที่ช้า การเปลี่ยนแปลงจากกระบวนการรักษาทำให้ความสามารถสำรองของอวัยวะหรือระบบต่างๆ ลดลงหรือหมดศักยภาพของความสามารถในการปรับสมดุลให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระ และหาจะไม่พร้อมหรือไม่เพียงพอของกระบวนการดูแลรักษา สำหรับความไม่พร้อมหรือไม่เพียงพอของกระบวนการดูแลรักษาหมายถึงความเสียหายในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- ความสามารถในการลำดับความสำคัญของปัญหาและการตัดสินใจ ซึ่งพบได้บ่อยๆ ที่ผู้ได้รับการดูแลรักษาโดยเฉพาะแพทย์ มีความกังวลต่อปัญหาที่ซับซ้อนที่ปรากฏอยู่จำนวนมาก และให้ความสำคัญมากเกินกับปัญหาหรือโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับการฉุกเฉินขณะนั้น ทำให้มีการดำเนินการที่ไม่จำเป็นซึ่งในการสืบค้นและการรักษาดูแล ซึ่งนอกจากจะทำให้เสียเวลา

อันมีค่าในสถานการณ์วิกฤต ยิ่งอาจทำให้เกิดผลเสียหรือผลกระทบที่ไม่ควรเกิดขึ้นได้ ที่เร็วยากกว่านั้น คือ การลดลำดับความสำคัญของปัญหาที่แท้จริงไปอยู่ในลำดับต่ำ ทำให้การพิจารณาการต่างๆ ล้าช้าและอาจไม่ทันการ

- ความล่าช้าในการตัดสินใจอันเนื่องจากอคติต่ออายุ ที่แม้เป็นประเด็นที่ตรวจวัดได้ยากในแต่ละสถานการณ์ หากแต่ได้รับการยืนยันว่ามีอยู่จริงจากการศึกษาอื่นหลัง ทั้งนี้ หากไม่มีประเด็น “การไม่กู้ชีพ” หรือ “Do not resuscitate” หรือชื่อเรียกอื่นหรือตัวย่อที่มาจากผู้ป่วยหรือญาติใกล้ชิดแล้ว ผู้ให้บริการไม่ควรมีนาฬิกาประเมินตัวเลขของอายุมาประกอบการตัดสินใจในการดูแล
- การเฝ้าติดตามที่ไม่เพียงพอ เป็นสิ่งที่พบได้พอสมควรในภาวะฉุกเฉินที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ให้บริการมักจะยึดตามแนวทางปฏิบัติ (Guideline) หรือประสบการณ์จากการดำเนินการที่ปฏิบัติกันต่อๆ มา (Conventional practice) ซึ่งมักจะสอดคล้องในบริบทในอดีตที่ยังไม่เข้าสู่ระยะประชากรชรา (Aged population) ทำให้การติดตามแนวระงับการเปลี่ยนแปลงของภาวะฉุกเฉิน หรือผลจากการรักษาที่กำลังให้อยู่หรือผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นมีความถี่ที่ไม่เพียงพอ ทั้งนี้ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉินโดยเฉพาะกลุ่มที่มีลักษณะหรือปัจจัยเสี่ยงจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งจากโรคหรือปัญหาฉุกเฉินและจากการรักษาได้เร็วและมากกว่าที่พบในผู้ป่วยทั่วไป และต้องการการเฝ้าติดตามที่ใกล้ชิดเป็นพิเศษ

### 3. ประเด็นการไม่กู้ชีพ

“Do not resuscitate” หรือการไม่กู้ชีพ เป็นประเด็นสำคัญในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากจะมีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่อยู่ใน “ระยะสุดท้ายของชีวิต” หรือ “End of life period” และมีเจตจำนงไม่ต้องการให้กู้ชีพในกรณีที่เกิดหัวใจหยุดเต้นหรือไม่สามารถหายใจได้ อันเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติในร่างกาย เจตจำนงดังกล่าวสามารถรับทราบได้จากสามแหล่งที่มีน้ำหนักความน่าเชื่อถือตามลำดับดังนี้ หนึ่ง-จากเอกสารที่ได้จัดทำขึ้นล่วงหน้าและมีความชัดเจน โดยอาจเป็นเอกสารที่จัดทำขึ้นโดยแพทย์ซึ่งเป็นผู้ให้ดูแลและเป็นเจ้าของผู้ป่วยภายใต้การตัดสินใจของผู้ป่วยและ/หรือญาติ หรือเอกสารที่ผู้ป่วยจัดทำขึ้น โดยมีเหตุผลประกอบและจะมีน้ำหนักยิ่งยวดถ้ามีแพทย์รับรองหรือสามารถระบุลายเซ็นชื่อและถายมือได้ สอง-จากตัวผู้ป่วยเองโดยตรงในขณะที่มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน โดยที่ไม่มีโรคหรือสภาวะที่อาจทำให้เกิดการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เช่น ซึมเศร้า และผู้ป่วยจะต้องทราบถึงโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องต่อการตัดสินใจ และสามารถปฏิบัติตามเจตจำนงของผู้ป่วยที่มีโรคพื้นฐานที่แพทย์ที่ให้ดูแลรักษาในขณะนั้นทราบชัดเจนว่าอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต และผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้เอง ทั้งนี้ในกรณีที่สองและสาม แพทย์จำเป็นจะต้องบันทึกข้อมูลโดยละเอียดลงในเวชระเบียน โดยจะต้องบรรยายสาระของการตัดสินใจ เหตุที่มาของการตัดสินใจ รายละเอียดของผู้ตัดสินใจ สถานที่ของการพาหรือเคลื่อนย้าย ยานและเวลา และสถานที่ในเหตุการณ์ จากนั้นจึงสามารถทำการ “ลงคำสั่ง (order)” เป็นลายลักษณ์อักษรให้เห็นชัดเจนในเวชระเบียนและ/หรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งแจ้งให้ทุกคนที่อยู่ในทีมดูแลรักษาทราบทั่วกัน สำหรับในกรณีแรก แพทย์จะต้องแจ้งทั้งผู้ป่วยและ/หรือญาติทราบถึงข้อความความในเอกสารเพื่อยืนยันเจตจำนงอีกครั้ง จากนั้นจึงทำการลงคำสั่งที่ยืนยันแจ้งทีมดูแลรักษาต่อไป ในทั้งสามกรณี แพทย์ควรจัดให้มีสถานที่เป็นบุคคลในทีมรักษาอยู่ด้วยเสมอ