

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

INSTRUCCIONS I CRITERIS PERSONALS

Jo, _____ major d'edat, amb el

DNI núm. _____ i amb domicili a _____,

carrer _____, núm. _____ i telèfon _____,

amb capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient, que m'ha permès reflexionar, expresso els criteris i les instruccions que desitjo que es tinguin en compte sobre la meva atenció sanitària, quan em trobi en una situació en què, per diferents circumstàncies derivades del meu estat físic i/o psíquic, no pugui expressar la meva voluntat.

I. CRITERIS QUE DESITJO QUE ES TINGUIN EN COMPTE

Per al meu projecte vital la qualitat de vida és un aspecte molt important i la relaciono amb uns criteris que, a tall d'exemple, són els següents:

- La possibilitat de comunicar-me de qualsevol manera i relacionar-me amb altres persones.
- El fet de no patir dolor important, ja sigui físic o psíquic.
- La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom per a les activitats pròpies de la vida diària.
- No prolongar la vida per si mateixa si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents quan la situació és irreversible.
- Romandre al meu domicili habitual en els últims dies de la meva vida i morir-hi.
- En la interpretació d'aquest document vull que es tingui en compte l'opinió del meu representant referent a qualsevol decisió sobre mi.
- En cas que el professional sanitari que m'atengui no pugui assumir una actuació d'acord amb la meva voluntat aquí expressada, sol·licito ser atès per altres professionals sanitaris que puguin fer-ho.

II. SITUACIONS SANITÀRIES PREVISTES

Vull que es respectin de manera genèrica els criteris esmentats a l'apartat anterior i, sobretot, en cas de trobar-me en situacions mèdiques com les que s'especifiquen a continuació, entre d'altres:

- Malaltia irreversible que, en un termini breu, condueixi inevitablement a la meva mort
- Estat vegetatiu crònic
- Estat avançat de la malaltia de pronòstic fatal
- Estat avançat de demència.

- _____

III. INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES

Per tot el que s'ha assenyalat anteriorment, d'acord amb els criteris i les situacions sanitàries especificades, demano que es respectin les decisions següents:

- No prolongar inútilment de manera artificial la meva vida, mitjançant tècniques de suport vital: ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial, i retirar-les si ja se m'han començat a aplicar i només serveixen per mantenir una supervivència biològica sense sentit.
- No rebre tractaments de suport ni teràpies poc contrastades que no hagin demostrat efectivitat o que ja siguin fútils.
- Que se'm subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i el dolor físic.
- Que, sens perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort en pau.
- Si estigués embarassada i succeís alguna de les situacions descrites a l'apartat II, vull que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part, sempre que això no afecti negativament el fetus.
- Desitjo que els meus familiars i les persones més properes puguin acompanyar-me.
- Prefereixo no ser traslladat del lloc on resideixo en l'últim tram de la meva vida.
- Rebre assistència espiritual, d'acord amb les meves creences.
- Altres:

IV. ALTRES INSTRUCCIONS SOBRE EL MEU COS

Manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a:

o trasplantaments

o investigació científica

o docència

Altres instruccions relatives al meu cos:

S'ha de tenir present que, possiblement, l'autoritat i la potestat respecte a algunes d'aquestes instruccions no pertanyi als metges, sinó a altres figures professionals a qui s'haurà d'acudir per assegurar-ne l'acompliment.

Signatura de l'atorgant

Lloc i data _____

DESIGNACIÓ DEL REPRESENTANT

Convé que els representants siguin persones amb qui tingueu una vinculació afectiva, d'amistat o parentiu, que coneguin els vostres valors i defensin els vostres interessos en les decisions. En aquest sentit, cal que valoreu la conveniència que el representant no sigui ni un dels testimonis ni cap dels professionals que després hagi d'executar la decisió presa.

D'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000, **designo** com a representant meu, perquè actuï com a interlocutor vàlid i necessari amb el metge o l'equip sanitari que m'atendrà, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meua voluntat, a:

amb DNI núm. _____, amb domicili al carrer _____

núm. _____ població _____ i telèfon _____

(les dades són opcionals)

En conseqüència, autoritzo el meu representant perquè prengui decisions respecte a la meua salut en el cas que jo no pugui per mi mateix, tingui la informació necessària per fer-ho, l'administri com cregui oportú i em substitueixi en els consentiments que s'hagin de donar sempre que no es contradiguin les voluntats que consten en aquest document.

Limitacions específiques:

Data _____ Signatura del representant (opcional)

Representant(s) alternatiu(s)

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ Signatura del representant alternatiu (opcional)

Signatura de l'atorgant

Lloc i data _____

DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS

Els sotasignats, majors d'edat, declarem que la persona que signa aquest document de voluntats anticipades ho ha fet amb plena consciència, sense que hàgim pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

Així mateix, els sotasignats com a testimonis primer i segon declarem no mantenir cap vincle ni familiar, fins a segon grau, ni patrimonial, amb la persona que signa aquest document.

Testimoni primer

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ Signatura del primer testimoni

Testimoni segon

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ Signatura del segon testimoni

Testimoni tercer

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ Signatura del tercer testimoni