

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Jo, _____, major d'edat, amb el NIF/NIE núm. _____, amb domicili a _____, carrer _____ núm. _____, pis _____ i codi postal _____, amb el núm. de telèfon mòbil _____ i de fix _____; amb la 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 o psíquic, no pugui expressar la meva voluntat.

A. INSTRUCCIONS I CRITERIS PERSONALS

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, entre d'altres, 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, tot controlant el tractament farmacològic per tal de mantenir tant com pugui la consciència i la lucidesa.
- La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom per a les activitats pròpies de la vida diària.
- El fet de no prolongar la vida per si mateixa si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents quan la situació és irreversible.
- Una vegada que el procés de mort sigui irreversible, que se'm permeti dedicar-me a la pràctica espiritual sense ser pertorbat.
- Poder rebre assistència espiritual d'acord amb la meva pràctica i l'acompanyament de _____
- 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.

-Altres: _____

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:

- 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.

- Altres: _____

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 meua 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. En el propòsit de prolongar la meua vida.

- Que se'm subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i el dolor físic que m'ocasiona la meua malaltia, tot controlant el tractament per tal de mantenir tant com pugui la consciència i lucidesa.

- Que, sens perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort digna.

- Si estigués embarassada i succeís alguna de les situacions descrites a l'apartat II, que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part, sempre que això no afecti negativament el fetus.

- No ser traslladat del lloc on resideixo en l'últim tram de la meua vida.

- Rebre assistència espiritual, d'acord amb les meves creences.

- Altres: _____

IV. Altres instruccions sobre el meu cos

- Manifesto que *..(no dono el meu consentiment / és el meu desig)..* fer donació dels meus òrgans per a transplantaments, tractaments, investigació o ensenyament.

- Altres instruccions relatives al meu cos: _____

Lloc i data

Signatura de qui expressa la seva voluntat

B. DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT

Jo, _____, major d'edat, amb el NIF/NIE núm. _____, amb domicili a _____, carrer _____ núm. _____, pis _____ i codi postal _____, amb el núm. de telèfon mòbil _____ i de fix _____; amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i d'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000 **designo**, com a representant meu, perquè actüi 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, la persona següent:

Nom i cognoms _____ NIF / NIE _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ Signatura de la persona representant _____

I **designo**, com a persona representant alternativa (*opcional*)

Nom i cognoms _____ NIF / NIE _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ Signatura de la persona representant alternativa _____

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

Limitacions específiques: _____

Lloc i data

Signatura de qui expressa la seva voluntat

Annex 1. 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 que no mantenim cap vincle ni familiar, fins a segon grau, ni patrimonial amb la persona que signa aquest document.

Testimoni primer

Nom i cognoms _____ NIF / NIE _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ Signatura del testimoni primer _____

Testimoni segon

Nom i cognoms _____ NIF / NIE _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ Signatura del testimoni segon _____

Testimoni tercer

Nom i cognoms _____ NIF / NIE _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ Signatura del testimoni tercer _____