

Document de voluntats anticipades

Nom	Cognoms	DNI / NIF
CP i localitat	Adreça	CIP

Qui sotasigna, major d'edat, amb plena capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient que m'ha permès reflexionar.

Expresso les instruccions que vull 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.

1. Criteris que desitjo que es tinguin en compte

Considero molt important la qualitat de vida que pugui tenir i la relaciono amb els principis següents: (Assenyali els que es corresponguin amb el seu interès personal)

- La possibilitat de comunicar-me i relacionar-me amb altres persones.
- El fet de no patir dolor, ja sigui físic o psíquic.
- La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom per a les activitats de la vida diària.
- No prolongar la vida per si mateixa en situacions clíniques irreversibles.
- La possibilitat de romandre en el meu domicili habitual els darrers dies de la meva vida
- En cas de dubte en la interpretació d'aquest document, vull que es tingui en compte l'opinió del meu representant.

2. Situacions sanitàries

Vull que en les circumstàncies generals de la meva vida es respectin els principis esmentats en l'apartat anterior, i especialment en situacions mèdiques com les que especifico a continuació :

- Malaltia irreversible que ha de conduir inevitablement en un termini breu a la meva mort.
- Estat vegetatiu crònic.
- Estat de demència greu.
- Malaltia incurable avançada o en fase terminal.
- Situació d'agonia (la que precedeix a la mort, amb pronòstic de vida de dies o hores).

3. Instruccions sobre les actuacions sanitàries

El que he assenyalat, d'acord amb els criteris i les situacions sanitàries específiques, implica prendre decisions com les següents:

- No prolongar inútilment de manera artificial la meva vida, per exemple mitjançant tècniques de suport vital (ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial).
- Que em siguin subministrats els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i el dolor físic que m'ocasiona la meva malaltia.
- Que sense perjudici de la decisió que prengui, em sigui garantida l'assistència necessària per procurar-me una mort digna.
- No rebre tractaments complementaris ni que em facin proves, teràpies o cirurgia, si això no ha de millorar la meva recuperació o mitigar els meus símptomes.
- Si estigués embarassada i ocorregués alguna de les situacions descrites en l'apartat 2, vull que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part, sempre que això no afecti negativament el fetus.
- Desitjo que es faciliti als meus éssers estimats i familiars acompanyar-me en el tram final de la meva vida, si ells així ho manifesten i dins les possibilitats del context assistencial.

4. Instruccions sobre el meu cos

- Manifesto el meu desig de donar dels meus òrgans per a trasplantaments.
- Manifesto el meu desig de donar dels meus òrgans per a investigació.
- Desitjo que m'incinerin.
- Desitjo que m'enterrin.

5. Altres instruccions (que dins aquest context no siguin contraries a l'ordenament jurídic)

Signatura de la persona interessada

Lloc i data:

6. Representant

Nom Cognoms DNI / NIF

CP i localitat Adreça Telèfon

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

En conseqüència, autoritzo el meu representant perquè prengui decisions respecte a la meua salut en el cas que jo no pugui per mi mateix, sempre que no es contradiguin amb cap de les voluntats anticipades que consten en aquest document.

Signatura del representant

Data:

Representant alternatiu o substitut

Nom i cognoms Adreça Telèfon

Signatura del representant alternatiu

Data:

7. Declaració dels testimonis

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

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

Testimoni primer	Testimoni segon	Testimoni tercer
Nom i cognoms	Nom i cognoms	Nom i cognoms
Adreça	Adreça	Adreça
DNI	DNI	DNI
Signatura	Signatura	Signatura
Data:	Data:	Data:

* Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.