

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES / TESTAMENT VITAL

Jo,
amb DNI / NIE / Passaport número.....
amb domicili a.....número
població..... i telèfon:

Amb la capacitat suficient per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació adequada que m'ha permès reflexionar,

1.- MANIFESTO:

Que, d'acord amb la Llei de Catalunya 21/2000 i la Llei bàsica de l'Estat 41/2002, signo aquest Document de Voluntats Anticipades perquè, quan em trobi en una situació en la qual no pugui prendre decisions o expressar la meua voluntat per mi mateix/a, es coneguin els valors i preferències en què se sustenten les instruccions que exposo i que vull que es respectin en la meua atenció sanitària.

2.- DECLARO:

2.1 VALORS VITALS: Per al meu projecte vital, la **qualitat de vida** és un aspecte molt important, i aquesta qualitat de vida la relaciono amb els següents supòsits:

- La possibilitat de comunicar-me i relacionar-me de manera conscient amb altres persones.
- No patir dolor físic ni psíquic.
- Tenir capacitat funcional que em permeti l'autonomia en la vida diària.
- No perllongar de manera artificial la meua vida quan la situació clínica sigui irreversible.
-

2.2 SUPÒSITS I SITUACIONS: Els **valors vitals** esmentats vull que es respectin especialment en les situacions següents:

- Dany cerebral sever i irreversible per qualsevol causa, inclús per accident.
- Malaltia degenerativa en fase invalidant.
- Vellesa avançada amb deteriorament important del meu estat general.
- Estat avançat de qualsevol malaltia de pronòstic fatal.
- Qualsevol situació en què no hi hagi expectatives de recuperació i que se'n derivin seqüeles que impedeixin una vida digna segons jo l'entenc i he expressat a l'apartat anterior.

(Marqueu a partir de quina de les tres opcions voleu que es compleixin les vostres instruccions.

Marqueu-ne només una)

- Demència **moderada**, que m'impedeixi viure sol/a i/o realitzar activitats com ara: *sortir al carrer sense acompanyament, cuinar, comprar, ...*
- Demència **moderadament severa**, que generi la impossibilitat de valdre'm per mi mateix/a en activitats com ara: *vestir-me, dutxar-me, menjar sol/a, anar al lavabo, llegir, escriure,...*
- Demència **severa**, que m'impedeixi: *comunicar-me o reconèixer les persones afectivament properes i/o em mantingui immobilitzat/da en una cadira o en un llit, ...*

2.3 INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES: En les situacions anteriorment expressades vull que **s'adeqüi l'esforç diagnòstico-terapèutic:**

- No iniciant reanimació cardiopulmonar
- No iniciant o retirant tractaments que em perllonguin la vida per mitjans artificials amb tècniques de suport vital o procediments fútils de qualsevol tipus.
- Administrant-me els fàrmacs necessaris per evitar el sofriment físic i/o psíquic arribant, si cal, a la sedació pal·liativa profunda i continuada.
- Si la meva situació comporta la incapacitat per alimentar-me i hidratar-me jo mateix/xa, no vull que m'alimentin ni que m'hidratin a la força.
- Només accepto contenció mecànica o farmacològica quan sigui per evitar danys a la meva persona o a tercers, i sempre amb prescripció mèdica.
- Davant d'una complicació del meu estat, sempre que sigui possible, vull que se m'atengui al lloc on resideixo .
- Algunes patologies cursen amb manca de consciència de malaltia. Si, arribat el moment d'executar la meva voluntat expressada en aquest document, manifesto un parer discrepant amb el seu contingut, **reclamo que prevalgui la meva voluntat aquí expressada.**
- Si es compleixen els requisits establerts per la legislació vigent, demano que se m'ajudi a morir mitjançant **l'eutanàsia** i vull que aquest document tingui la consideració formal de sol·licitud per rebre-la. Per tal d'ajudar a interpretar millor la meva voluntat, vull que quedi clar que, per a mi, trobar-me en algun dels supòsits o situacions assenyalats en els apartats 2.1 i 2.2 d'aquest document és una causa de patiment insuportable i intolerable.
- Faig donació dels meus òrgans i teixits.

3.- ALTRES:

.....
.....
.....

4.- SOL·LICITO: Als professionals sanitaris que no estiguin en disposició d'atendre les meves voluntats que em derivin a un altre equip assistencial que se'n faci càrrec.

DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT (opcional)

En el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meva voluntat, i d'acord amb la legislació vigent, designo com representant per a la interpretació i aplicació d'aquest document davant l'equip sanitari que m'atendrà a :

Nom i cognoms:.....
amb DNI / NIE / Passaport número.....
amb domicili a....., número
població..... telèfon:
Data.....

Signatura del o la representant:

Representant substituït/a (opcional)

Nom i cognoms:.....
amb DNI / NIE / Passaport número.....
amb domicili a....., número
població..... telèfon:
Data

Signatura del o la representant:

Signatura de la persona que fa el DVA

Lloc.....
Data.....
Signatura:

TESTIMONIS:

Les/els sotasignats, majors d'edat, declarem que la persona que signa aquest document de voluntats anticipades té capacitat suficient i ho fa lliurement, sense que hàgim pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

1.-Nom i cognoms:.....
amb DNI / NIE / Passaport número.....
amb domicili a....., número
població i telèfon:
Data
Signatura:

2.-Nom i cognoms:.....
amb DNI / NIE / Passaport número.....
amb domicili a....., número
població i telèfon:
Data
Signatura:

3.-Nom i cognoms:.....
amb DNI / NIE / Passaport número.....
amb domicili a....., número
població i telèfon:
Data
Signatura: