



MODEL DE DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Abans d'emplenar aquest document és aconsellable cercar l'ajuda i orientació d'un professional per valorar l'abast de les vostres decisions. Quant als apartats 1, 2 i 3, s'entén que són complementaris i successius, ja que sense l'especificació dels principis i les situacions sanitàries a què es fa referència en els apartats 1 i 2, les instruccions de l'apartat 3 no tenen sentit.

DADES PERSONALS					
Nom i llinatges:					
Sexe:		Estat civil:			
DNI/NIE/passaport:		Núm. CIP o targeta sanitària:			
Data de naixement:		Lloc de naixement:			
Nacionalitat:					
Domicili:					
CP:		Localitat:		Telèfon:	

Amb capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb informació suficient que m'ha permès reflexionar, exprés les voluntats anticipades, que suposen la MEVA VOLUNTAT ACTUAL, d'acord amb el que disposa la Llei 1/2006, de 3 de març, de voluntats anticipades, 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 i/o psíquic, no pugui expressar la meva voluntat.

1. CRITERIS QUE VULL QUE ES TINGUIN EN COMPTE

(Indicau les que es corresponen amb el vostre projecte vital)

Per al meu projecte vital, la qualitat de vida és un aspecte molt important, i relacion aquesta qualitat de vida amb uns supòsits que, a tall d'exemple, poden ser els següents:

- ☐ La possibilitat de comunicar-me per qualsevol mitjà i relacionar-me amb altres persones.
- ☐ El fet de no patir dolor important, sigui físic o psíquic.
- ☐ La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom/a per a les activitats pròpies de la vida diària.
- ☐ La preferència per no prolongar la vida per si mateixa en situacions clíniques irreversibles.

Signatura de l'atorgant:

La preferència per romandre els darrers dies de la meva vida:

en el meu **domicili habitual**.

a l'hospital.

no tenc **cap preferència**

En cas de trobar-me transitòriament en estat de lucidesa:

sí vull que se m'informi sobre el meu diagnòstic fatal

no vull que se m'informi sobre el meu diagnòstic fatal.

En cas de dubte en la interpretació d'aquest document, vull que es tingui en compte l'opinió del meu representant.

Altres:

2. SITUACIONS CLÍNIQUES QUE VULL QUE ES CONSIDERIN EN AQUEST DOCUMENT

(Indica les que voleu que es tinguin en compte)

Vull que es respectin de manera genèrica els principis esmentats en l'apartat anterior, tant en les situacions mèdiques com en les que s'especifiquen a continuació, però incloent-n'hi d'altres:

- ☐ Malaltia irreversible que ha de conduir inevitablement en un termini breu a la meva mort.
- ☐ Estat vegetatiu crònic.
- ☐ Estat avançat de la malaltia de pronòstic fatal.
- ☐ Estat de demència greu.
- ☐ Malaltia incurable avançada (malaltia de curs progressiu, gradual, amb grau divers d'afectació de l'autonomia i la qualitat de vida, amb resposta variable al tractament específic, que evolucionarà cap a la mort a mitjan termini).
- ☐ Malaltia terminal (malaltia avançada, en fase evolutiva i irreversible, amb símptomes múltiples, impacte emocional, pèrdua de l'autonomia, amb molt poca o nul·la capacitat de resposta al tractament específic i amb un pronòstic de vida generalment inferior als sis mesos, en un context de fragilitat progressiva).
- ☐ Situació d'agonia (la que precedeix la mort quan aquesta es produeix de manera gradual, i en la qual hi ha un deteriorament físic intens, debilitat extrema, freqüència alta de trastorns cognitius i de la consciència, dificultat de relació i d'ingesta, i pronòstic de vida de dies o hores).
- ☐ Altres:

Signatura de l'atorgant:

3. INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES

(Indicau les que voleu)

El que s'ha indicat abans, d'acord amb els criteris i les situacions sanitàries específiques, implica prendre decisions com ara les següents:

Vull finalitzar la meua vida sense l'aplicació de tècniques de suport vital, respiració assistida o qualsevol altra mesura extraordinària desproporcionada i fútil que tan sols estigui dirigida a prolongar la meua supervivència artificialment, i que aquestes mesures es retirin si ja s'han començat a aplicar.

Que em subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i dolor físic que m'ocasiona la meua malaltia.

Que, sense perjudici de la decisió que prengui, em garanteixin l'assistència necessària per procurar-me una mort digna.

Rebuig rebre medicaments o tractaments complementaris i que se'm facin proves o procediments diagnòstics si no han de millorar gens la meua recuperació o mitigar els meus símptomes.

Si estic embarassada i ocorre 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.

Vull que es faciliti als meus éssers estimats i familiars acompanyar-me en el tram final de la meua vida si ells així ho manifesten i dins les possibilitats del context assistencial.

Altres:

4. INSTRUCCIONS SOBRE EL MEU COS

(Indicau les que voleu)

Vull donar els meus òrgans perquè els trasplantin a una altra persona que ho necessiti.

Vull donar els meus òrgans per a la investigació.

Vull donar els meus òrgans per a l'ensenyament universitari.

Vull donar els meus teixits per a la utilització clínica.

Vull donar els meus teixits per a la investigació.

Vull donar el meu cos per a la investigació, incloent-hi l'autòpsia quan sigui necessària segons criteri facultatiu.

Vull donar el meu cos per a l'ensenyament universitari.

Vull que m'incinerin.

Vull que m'enterrin.

Vull un ofici funerari religiós.

Altres:

Signatura de l'atorgant:

5. ALTRES INSTRUCCIONS que, dins aquest context, no siguin contràries a l'ordenament jurídic ni a la bona praxi:

6. DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT INTERLOCUTOR

D'acord amb l'article 5 de la Llei 1/2006, de 3 de març, de voluntats anticipades, design el meu **representant** perquè actuï com a interlocutor vàlid i necessari amb el metge o amb l'equip sanitari que m'atendrà en el cas que em trobi en una situació en què no pugui expressar la meua voluntat, com també si hi ha cap dubte en la interpretació del meu projecte vital o dels meus valors sobre la qualitat de vida, i vull que es tingui en compte la seva opinió. Per això, design com a tal, amb el DNI/NIE/passaport número , domicili a , núm, de i telèfon .

Per tant, autoritz el meu representant perquè prengui decisions respecte de la meua salut en el cas que jo no pugui fer-ho per mi mateix/a, sempre que no es contradiguin amb cap de les voluntats anticipades que consten en aquest document.

☐ Limitacions específiques:

Data:

Signatura de l'atorgant:

Signatura de l'atorgant:

En cas d'impossibilitat, defunció o renúncia del meu representant interlocutor, design com a **representant alternatiu o substitut**:

Nom i llinatges:

DNI/NIE/passaport:

Adreça:

Telèfon:

Data:

Signatura de l'atorgant:

7. ACCEPTACIÓ DEL REPRESENTANT

Accept la designació i estic d'acord a ser el representant de _____ en cas que no pugui expressar les seves directrius respecte de la seva atenció sanitària. Comprenc les directrius expressades en aquest document per la persona que represent i estic d'acord a seguir-les. Entenc que la meua representació només té sentit en cas que la persona que represent no pugui expressar per si mateixa aquestes directrius i en cas que no hagi revocat prèviament aquest document, bé totalment o bé en la part que m'afecta.

Nom i llinatges del **representant**:

DNI/NIE/passaport:

Data:

Signatura del representant:

Nom i llinatges del **representant substitut**:

DNI/NIE/passaport:

Data:

Signatura del representant substitut:

Signatura de l'atorgant:

8. DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS

Els sotasignats, majors d'edat, declaram que la persona que signa aquest document de voluntats anticipades ho ha fet plenament conscient i que no hem apreciat cap tipus de coacció en la seva decisió.

Així mateix, com a testimonis primer, segon i tercer, declaram que no mantenim cap tipus de vincle familiar ni patrimonial amb la persona que firma aquest document.

Testimoni primer:

Nom i llinatges:

DNI/NIE/passaport:

Adreça:

Data:

Signatura del primer testimoni:

Testimoni segon:

Nom i llinatges:

DNI/NIE/passaport:

Adreça:

Data:

Signatura del segon testimoni:

Testimoni tercer:

Nom i llinatges:

DNI/NIE/passaport:

Adreça:

Data:

Signatura del tercer testimoni:

Data:

Signatura de l'atorgant: