

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES / TESTAMENT VITAL

Jo,
amb DNI / NIE / Passaport número.....
amb domicili a....., número.....,
població..... i telèfon:.....
en plenitud de la capacitat mental per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació
suficient que m'ha permès reflexionar profundament,

1.- MANIFESTO:

Que, d'acord amb la Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya i la Ley bàsica 41/2002 de l'Estat espanyol, signo aquest Document de voluntats anticipades perquè quan em trobi en una situació en la qual, a conseqüència del meu deteriorament físic i/o mental, no pugui prendre decisions o expressar la meva voluntat, es coneguin els valors i preferències en què se sustenten les instruccions que exposo i vull que es tinguin en compte sobre la meva atenció sanitària.

2.- DECLARO:

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 (**marqueu amb una creu els que s'adeqüin als vostres valors**):

- La possibilitat de comunicar-me i relacionar-me amb altres persones.
- No patir dolor físic o psíquic.
- Tenir independència funcional que em permeti l'autonomia en la vida diària.
- No perllongar-me la vida si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents, quan la situació sigui irreversible.
- Romandre al meu domicili, acompanyat/da, els últims dies de la vida i, si és possible, morir-hi.
-
-

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

- Dany cerebral sever i irreversible, de qualsevol causa.
- Demència greu, de qualsevol causa, arribat el punt de no poder expressar-me, comunicar-me, reconèixer familiars o persones properes, no poder alimentar-me o tenir cura de la meva persona per mi mateix/xa.

- 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 sense que se'n segueixin seqüeles que impedeixin una vida digna segons jo l'entenc i he expressat a l'apartat anterior.
-
-

INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES: En base als meus valors vitals i a les situacions anteriorment assenyalades, la meua voluntat inequívoca és que es porti a terme l'adequació de l'esforç terapèutic:

- No iniciant reanimació cardiopulmonar.
- No iniciant o retirant tractaments que em perllonguin la vida per mitjans artificials o per tècniques de suport vital.
- No aplicant tractaments fútils en cap forma: cirurgia, diàlisi, antibiòtics, radioteràpia, quimioteràpia.
- Administrant-me els fàrmacs necessaris per evitar-me el possible sofriment físic i/o psíquic causat per la malaltia, per la retirada de tractaments o per qualsevol altre motiu. Els fàrmacs que se m'administrin han de ser els necessaris i en la dosi adequada per acabar amb el sofriment esmentat, arribant a la sedació pal·liativa profunda i continuada.
- Amb independència que, per respectar la meua voluntat i els meus desitjos, es tinguin en compte els criteris i les instruccions expressades anteriorment, vull que aquest document tingui la consideració formal de sol·licitud per rebre l'eutanàsia si es compleixen els requisits establerts per la Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia, que declaro conèixer.
-

3.- 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 pugui fer càrrec.

En cas de qualsevol dubte sobre la interpretació d'aquest document o en cas que es donin circumstàncies no previstes, exigeixo que es consulti el meu o meua representant i es compleixin les seves decisions.

DESIGNO COM A REPRESENTANT, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meva voluntat, perquè d'acord amb la Llei 21/2000, actuï com a interlocutor/a vàlid/a i necessari/a amb l'equip sanitari que m'atendrà, tant en la interpretació d'aquest document com per prendre decisions respecte a la meva salut,:

Nom i cognoms:

amb DNI / NIE / Passaport número:..... i

domicili a número

població i telèfon

Data

Signatura del o la representant:

Representant alternatiu/va:

Nom i cognoms:

amb DNI / NIE / Passaport número:..... i

domicili a número

població i telèfon

Data

Signatura del o la representant:

Signatura de la persona que fa el DVA

Lloc..... Data.....

Signatura:

TESTIMONIS:

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

Signatura:

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

Signatura:

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

Signatura: