

Document de Voluntats Anticipades

Jo, _____, major d'edat, amb el DNI/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.
- 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.
- El fet de romandre al meu domicili habitual en els últims dies de la meua vida i morir-hi.
- 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 meua 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 meua 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.
- Que se'm subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i el dolor físic.
- Que, sens perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort en pau.
- 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.
- Que els meus familiars i les persones més properes puguin acompanyar-me.
- 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 el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a:
 - Trasplantaments
 - Investigació científica
 - Docència
 - Altres instruccions relatives al meu cos: _____

S'ha de tenir present que, possiblement, l'autoritat i la potestat respecte a algunes d'aquestes instruccions no pertanyi als metges, sinó a altres figures professionals a qui s'haurà d'acudir per assegurar-ne l'acompliment.

En el cas que es vulgui fer donació al Servei de donació de cossos, cal que es posi en contacte amb la facultat de medicina més propera al lloc de residència per rebre informació sobre el significat i les condicions en què es realitzarà la donació.

Lloc i data	Signatura de qui expressa la seva voluntat
-------------	--------------------------------------------

SOL·LICITUD D'EUTANÀSIA

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, dels quals soc coneixedor.

En cas de dubte, la persona nomenada representant meu serà la que interpreti la meua situació com a "patiment greu i impossibilitant", d'acord amb les consideracions que faig a continuació. El meu representant és qui considerarà el moment oportú per sol·licitar que s'iniciï el procediment que estableix la Llei per rebre l'eutanàsia.

En cas que el meu representant no pogués assumir la seva funció i no existís un representant substituït, vull que el metge responsable de la meua atenció iniciï el procediment quan es donin les condicions requerides per la Llei.

Per tal d'ajudar a interpretar millor la meua voluntat, expresso que:

Per a mi, són causa de patiment greu, crònic i impossibilitant les situacions següents:

- Una malaltia greu i incurable amb un pronòstic de vida limitat i en un context de fragilitat progressiva.
- Una malaltia irreversible, que en un termini breu, condueixi inevitablement a la meua mort.
- L'estat vegetatiu crònic.
- L'estat avançat de demència.
- Una malaltia que:
 - M'impossibiliti comunicar-me de qualsevol manera i relacionar-me amb altres persones.
 - Em produeixi dolor important, ja sigui físic o psíquic.
 - M'impossibiliti mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom per a les activitats pròpies de la vida diària.

Altres: _____

Aspectes que vull que es tinguin en compte (per exemple, lloc on voldria que es realitzi l'eutanàsia, persones que vull que m'acompanyin, etc.): _____

Lloc i data	Signatura de qui expressa la seva voluntat
-------------	--------------------------------------------

B. DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT

Convé que els representants siguin persones amb qui tingueu una vinculació afectiva, d'amistat o parentiu, que coneguin els vostres valors i defensin els vostres interessos en les decisions. En aquest sentit, cal que valoreu la conveniència que el representant no sigui cap dels testimonis ni cap dels professionals que després hagi d'executar la decisió presa.

Jo, _____, major d'edat, amb el DNI/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 actuï 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 meva voluntat, la persona següent:

Nom i cognoms

DNI/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	DNI/NIE
---------------	---------

Adreça	Telèfon
--------	---------

Data	Signatura del testimoni primer
------	--------------------------------

Testimoni segon

Nom i cognoms	DNI/NIE
---------------	---------

Adreça	Telèfon
--------	---------

Data	Signatura del testimoni segon
------	-------------------------------

Testimoni tercer

Nom i cognoms	DNI/NIE
---------------	---------

Adreça	Telèfon
--------	---------

Data	Signatura del testimoni tercer
------	--------------------------------



Annex 2. REVOCACIÓ

Jo, _____, major d'edat, amb el DNI/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,
deixo sense efecte el document de voluntats anticipades signat amb data _____.

Lloc i data

Signatura de qui expressa la seva voluntat

Annex 3. DECLARACIÓ DEL/DE LA PROFESSIONAL SANITARI/ÀRIA

La persona sotasignada, major d'edat i amb plena capacitat de fet, declara que la persona sol·licitant i que signa aquest document de voluntats anticipades, ho ha fet amb plena consciència, sense que hagi pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

Així mateix, la persona sotasignada avala la voluntat de la persona sol·licitant que signa aquest document de voluntats anticipades i declara que no es troba incursa en cap situació que es pugui qualificar de conflicte d'interès.

Dades personals del/de la professional sanitari/ària

Nom i cognoms

Núm. Col·legiat/ada o DNI/NIE/Passaport núm.

Professió sanitària

Centre sanitari on es realitza la declaració

Localitat

La persona sotasignada, declara que l'atorgant d'aquest document de voluntats anticipades es correspon a:

Nom i cognoms

DNI/NIE/Passaport núm.

Data

Signatura del/de la professional sanitari/ària
