



MODEL DE DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Abans de emplenar aquest document es necessari cercar la ajuda i orientació d'un professional per a valorar l'abast de les seves decisions. En quant als apartats I, II i III s'entendrà com complementaris i successius, ja que sense la especificació dels principis i les situacions sanitàries a que es fa referència en els apartats I i II, les instruccions del apartat III no tenen sentit.

DADES PERSONALS:

Nom:

Sexe:

Estat civil:

DNI/NIE/PASSAPORT NÚM.:

Targeta sanitària núm.:

CIP NÚM.:

Lloc de naixement

Data de naixement:

Nacionalitat:

Domicili:

Telèfon:

Amb capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb informació suficient que m'ha permès reflexionar, expresso 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 que, per diferents circumstàncies derivades del meu estat físic i/o psíquic, no pugui expressar la meva voluntat:

I. CRITERIS QUE DESIG QUE ES TENGUIN EN COMPTE

Pel meu projecte vital, la qualitat de vida és un aspecte molt important i aquesta qualitat de vida la relaciono amb uns supòsits que, a manera d'exemple, podrien ésser els següents:

- La possibilitat de comunicar-me per qualsevol mitjà i relacionar-me amb altres persones.
- El fet de no sofrir dolor important ja sigui físic o psíquic.
- La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ésser autònom/a per les activitats pròpies de la vida diària.
- Preferència per no prolongar la vida per sí mateixa en situacions clíniques irreversibles.
- Preferència per romandre en el **meu domicili habitual/hospital** els darrers dies de la meva vida.
- En cas de dubte en la interpretació d'aquest document, desig que es tingui en compte l'opinió del meu representant.
- En cas de trobar-me transitòriament en estat de lucidesa, **no/si** desig ser informat



sobre el meu diagnòstic fatal.

II. SITUACIONS CLÍNiques QUE DESIG ES CONSIDERIN EN AQUEST DOCUMENT

Desig que es respectin de forma genèrica els principis esmentats en l'apartat anterior, tant en les situacions mèdiques com en les que s'especifiquen a continuació, però incloent altres.

- Malaltia irreversible que ha de conduir inevitablement en un termini breu a la meua 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 divers grau d'afectació a 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 a la mort quan aquesta es produeix de forma gradual, i en la qual existeix deteriorament físic intens, debilitat extrema, alta freqüència de trastorns cognitius i de la consciència, dificultat de relació i d'ingesta i pronòstic de vida de dies o hores).

III. INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES

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

- Desig 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 han començat a aplicar-se.
- Que em subministrin els fàrmacs necessaris per a pal·liar al màxim el malestar, el sofriment 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 realitzin proves o procediments diagnòstics, si en res han de millorar la meua recuperació o mitigar els meus símptomes.
- Si estigués embarassada i ocorregués alguna de les situacions descrites en l'apartat II, vull que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part,



sempre que això no afecti negativament al fetus.

- Desig 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.

IV. INSTRUCCIONS SOBRE EL MEU COS

- Desig donar els meus òrgans perquè siguin trasplantats a una altra persona que ho necessiti.
- Desig donar els meus òrgans per a investigació.
- Desig donar el meu cos per a la investigació, inclosa l'autòpsia, quan fos necessària segons criteri facultatiu.
- Desig donar els meus òrgans per a l'ensenyament universitari.
- Desig donar el meu cos per a l'ensenyament universitari.
- Desig donar els meus teixits per a la seva utilització clínica.
- Desig donar els meus teixits per a investigació.
- Desig ser incinerat.
- Desig ser enterrat.
- Oficis funeraris religiosos
- Catòlics.
- Altres religions

V. ALTRES INSTRUCCIONS que, dins aquest context, no siguin contràries a l'ordenament jurídic ni a la lex artis:

VI. DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT INTERLOCUTOR

D'acord amb l'article 5 de la Llei 1/2006, de 3 de març de Voluntats Anticipades, designo com a representant meu perquè actuï com interlocutor vàlid i necessari amb el metge o amb l'equip sanitari que m'atendrà en el cas de trobar-me en una situació en que no pugui expressar la meva voluntat, com també si hi hagués dubte en la interpretació del meu projecte vital o dels meus valors sobre la qualitat de vida, i vull que es tingui en compta l'opinió del mateix. Per això, designo com a tal, a

amb el DNI/NIE/PASSAPORT núm.

amb domicili al carrer

, núm.

, de

i telèfon

En conseqüència, autoritzo al meu representant perquè prengui decisions respecte a la meva salut en el cas que jo no pugui fer-ho per mi mateix.

- Sempre que no es contradiguin amb cap de les voluntats anticipades que consten en aquest document.
- Limitacions específiques:



G CONSELLERIA
O SALUT
I DIRECCIÓ GENERAL
B ACREDITACIÓ, DOCÈNCIA
I RECERCA SALUT

Data

Signatura

En cas de impossibilitat, defunció o renúncia del meu representant interlocutor, designo com a substituït a:

Representant alternatiu o substituït:

Nom i llinatges:

Adreça:

Telèfon:

Data

Signatura

VIII. ACCEPTACIÓ DEL REPRESENTANT

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

Nom i llinatges del representant:

DNI/NIF/PASSAPORT:

Data

Signatura del representant