

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 a 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 els quals 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 (marcar amb una creu els que s'adeqüin als seus 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 a la vida diària
- romandre al meu domicili, acompanyat/da, els últims dies de la vida i, si és possible, morir-hi,.
- no perllongar la vida si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents, quan la situació sigui irreversible
-
-

- **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 al 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
- malaltia irreversible que en un termini breu condueixi inevitablement a la mort.
- estat avançat de qualsevol malaltia de pronòstic fatal.
- qualsevol situació en la qual, a judici de l'equip assistencial que m'atengui, 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 la **limitació de l'esforç terapèutic (LET)**:

- No iniciant reanimació cardiopulmonar.
 - No iniciant o retirant tractaments que em perllonguin la vida per mitjans artificials o per tècniques de suport vital, fluids, tractaments o nutrició intravenosos, fàrmacs, alimentació per sonda, o respiració assistida.
 - 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 causats per la malaltia, per la retirada dels tractaments o per qualsevol altre motiu.
 - Els fàrmacs que se m'administrin han de ser els necessaris, i a la dosi adequada, per acabar amb el sofriment esmentat, arribant a la sedació pal·liativa profunda-continuada, és a dir que el grau de consciència i el possible escurçament de la vida no siguin inconvenient per fer-ho.
 - [] Si estigués embarassada, i amb possibilitats de salvar la criatura sense seqüeles, vull que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del naixement.
-
-
- Si en el moment en que em trobi en la situació motiu d'aquesta declaració, la legislació ja hagués regulat el dret a l'**eutànasia**, és el meu desig morir de forma ràpida i indolora per aquest procediment.

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.

No es denunciï al centre hospitalari ni al personal sanitari pel fet d'haver executat la meua voluntat.

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 que no pugui expressar la meua voluntat, perquè d'acord amb la Llei 21/2000, actuï com a interlocutor vàlid i necessari amb l'equip sanitari que m'atendrà, tant en la interpretació d'aquest document com per prendre decisions respecte a la meua salut, a:

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

Data.....

Signatura del o la representant:

Representant alternatiu:

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

Data.....

Signatura del o la representant:

Lloc..... Data

Signatura

TESTIMONIS:

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: