

Jo, _____, major d'edat, amb el DNI núm. _____ i amb domicili a _____, carrer _____, núm. _____ i telèfon _____, amb capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient que m'ha permès reflexionar,

Expresso les instruccions 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.

I. CRITERIS QUE DESITJO QUE ES TINGUIN EN COMPTE

Per al meu projecte vital la qualitat de vida és un aspecte molt important, i aquesta qualitat de vida la relaciono amb uns supòsits que, a tall d'exemple, podrien ser 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.

No prolongar la vida per si mateixa si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents quan la situació és irreversible.

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

II. SITUACIONS SANITÀRIES

Vull que es respectin de forma genèrica els principis esmentats en l'apartat anterior, i en situacions mèdiques com les que s'especifiquen a continuació, entre 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.

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:

No prolongar inútilment de manera artificial la meva vida, per exemple mitjançant tècniques de suport vital: ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial.

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

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

No rebre tractaments de suport i teràpies no contrastades que no demostrin efectivitat o que siguin fútils en el propòsit de prolongar la meva vida.

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 el fetus.

Igualment, manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a trasplantaments, tractaments, investigació o ensenyament.

IV. REPRESENTANT

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, _____, amb el DNI núm. _____, amb domicili al carrer _____, núm. _____, població _____ i telèfon _____.

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

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

Limitacions específiques.

Data _____

Signatura del representant

Representant alternatiu o substitut

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____

Signatura del representant alternatiu

Signatura de l'atorgant

Lloc i data _____

V. DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS

Els sotasignats, majors d'edat, declarem que la persona que signa aquest document de voluntats anticipades ho ha fet plenament conscient, sense que haguem pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

Així mateix, els sotasignats com a testimonis primer i segon declarem no mantenir cap tipus de vincle familiar o patrimonial amb la persona que signa aquest document.

Testimoni primer

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ *Signatura del primer testimoni*

Testimoni segon

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ *Signatura del segon testimoni*

Testimoni tercer

Nom i cognoms _____ DNI _____

Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ *Signatura del tercer testimoni*

VII. REVOCACIÓ

Jo, _____ , major d'edat, amb el
DNI núm. _____ , amb capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la infor-
mació suficient que m'ha permès reflexionar, deixo sense efecte el document de voluntats anticipades
signat amb data _____ .

Signatura de l'atorgant

Lloc i data _____