

DIRECTIVES ANTICIPÉES/ DVA / TV

Moi,.....

avec carte d'identité /NIE/Passeport, numéro.....

adresse postale.....numéro.....

ville.....téléphone.....

en plénitude de mes capacités mentales pour prendre une décision tout à fait libre et avec l'information suffisante qui m'a permis réfléchir,

1.- JE MANIFESTE:

Que, d'accord avec la Loi 21/2000 du Parlement de la Catalogne et la Loi 41/2002 de l'Etat espagnol, je signe ce document de Directives Anticipées pour que lorsque je me trouve dans une situation dans laquelle, je ne puisse prendre des décisions ou je ne puisse exprimer ma volonté, on connaisse mes valeurs et préférences qui s'appuient sur les consignes que j'expose et je veux qu'on respecte dans l'environnement sanitaire.

2.- JE DECLARE:

2.1 VALEURS VITALES: Pour mon projet vital, la **qualité de vie**, c'est un aspect très important et je mets en rapport cette qualité avec les situations suivantes:

- La possibilité de me communiquer avec d'autres personnes.
- Ne pas souffrir douleur physique ou psychique.
- Avoir la capacité fonctionnelle qui me permette d'être autonome dans la vie quotidienne.
- Ne pas prolonger artificiellement ma vie lorsque la situation clinique soit irréversible

.....

2.2.- HIPOTHÈSES ET SITUATIONS: Je veux que mes valeurs vitales exprimées soient respectées spécialement dans les situations suivantes:

- Maladie cérébrale sévère et irréversible, causée par n'importe quelle cause, même par accident.
- Maladie dégénérative, dans un degré invalidant.
- Vieillesse avancée avec une déchéance de mon état général.
- Etat avancé de n'importe quelle maladie avec pronostic fatal.
- N'importe quelle situation dans laquelle il n'y ait pas d'espoir de guérison sans conséquences qui m'empêchent de mener une vie digne comme je la conçois et comme j'ai exprimé précédemment.

(Cochez à partir de laquelle des trois options vous voulez qu'on accomplisse vos instructions. **Cochez-en seulement une**).

- Démence **modérée**, qui m'empêche de vivre seul/e et/ou pratiquer des activités comme *sortir dans la rue sans accompagnateur, cuisiner, faire des courses...*
- Démence **légèrement modérée**, qui m'empêche de me valoir par moi-même comme: *m'habiller, prendre une douche, manger tout seul/e, aller aux toilettes, lire, écrire,...*
- Démence **sévère**, qui m'empêche de: *me communiquer ou reconnaître les personnes proches et/ou qui m'oblige à rester immobilisé dans un fauteuil roulant ou dans un lit,...*

2.3 INSTRUCTIONS SUR LES ACTIONS SANITAIRES: Dans les situations décrites antérieurement ma volonté indubitable c'est qu'on exerce un effort thérapeutique adéquat:

- Pas de réanimation cardiopulmonaire.
- Pas d'application, ou si c'est le cas en les interrompant, des traitements qui me prolongeraient la vie par des moyens artificiels futiles ou des techniques de support vital n'importe lequel.
- Les médicaments qu'on m'applique doivent être les nécessaires pour en finir avec la souffrance physique ou psychique, arrivant à la sédation palliative profonde et continuée, si nécessaire.
- Si ma situation ne me permet pas de me nourrir ou m'hydrater de façon autonome, je ne veux pas qu'on me nourrisse ou qu'on m'hydrate à la force.
- Je n'accepte la contention mécanique ou pharmacologique, sauf s'il s'agit d'éviter un danger à ma personne ou autrui, et toujours avec surveillance médicale.
- Au cas où ma situation s'empire, je veux qu'on me soigne dans ma résidence, si cela est possible.
- Quelques pathologies vont accompagnées d'une absence de conscience de la maladie. Si lorsqu'il faut exécuter ma volonté exprimée dans ce document, je manifeste une opinion différente quant à son contenu, **je réclame qu'on fasse prévaloir ma volonté ici exprimée.**
- Je demande qu'on m'aide à mourir au moyen de l'euthanasie, si j'accomplis les formalités établies par la loi en vigueur et je veux que ce document ait la considération formelle de sollicitude pour la recevoir.
- Je veux faire don de mes organes.

3.- AUTRES

.....
.....

4.-SOLLICITE: Au personnel sanitaire qui ne soit pas en disposition d'accomplir mes volontés, qu'on s'occupe de trouver une équipe remplaçante qui me prenne en charge.

DESIGNATION D'UN REPRESENTANT

Au cas où je ne puisse exprimer ma volonté, et d'accord avec la législation, je désigne comme mon représentant pour l'interprétation et application de ce document vis-à-vis de l'équipe médicale qui me soignerait, à:

Nom:.....

prénom:.....

avec DNI / NIE / Passeport numéro.....

adresse postale.....numéro.....

ville.....téléphone.....

date and signature du représentant:

Représentant alternatif:

Nom:.....

prénom:.....

avec DNI / NIE / Passeport numéro.....

adresse postale.....numéro.....

ville.....téléphone.....

date et signature du représentant:

Signature de la personne qui fait les directives anticipées

Lieu.....date.....

Signature: