

وثيقة الإرادة المسبقة / وصية متعلقة بالرعاية الصحية

أنا الموقع (ة) أسفله:

الاسم الكامل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية / بطاقة الإقامة / جواز السفر :

العنوان

المدينة

رقم الهاتف

بصفتي شخصا يتمتع بالأهلية الفعلية لاتخاذ قرارات حرة، وبعد الاطلاع على المعلومات اللازمة التي مكنتني من التفكير بعمق؛

1- أعلن:

أنه عملا بمقتضيات القانون الكتالوني رقم 2000/21 وقانون الدولة الأساسي رقم 2002/41، أوقع هذه الوثيقة التي تعبر عن إرادتي المسبقة، حتى يتم، في حال أصبحت غير قادرة/ة على اتخاذ قراراتي أو التعبير عن إرادتي، معرفة القيم والتفضيلات التي تستند إليها التعليمات التي أضعتها هنا، وأرغب في أن يتم احترامها أثناء تقديم الرعاية الصحية لي.

2- وأصرح ما يلي:

1-2. القيم الحيوية:

تعتبر جودة الحياة عنصرا أساسيا في قراراتي، وأربطها بالحالات التالية:

- القدرة على التواصل والتفاعل بوعي مع الآخرين.
- عدم المعاناة من أي آلام جسدية أو نفسية.
- الحفاظ على قدر من الاستقلال الوظيفي الذي يسمح لي بالاعتماد على نفسي في حياتي اليومية.
- عدم إطالة حياتي بشكل صناعي إذا كانت حالتي الصحية غير قابلة للتحسن طبيا.
-

2-2. الحالات والإجراءات الخاصة:

أرغب في أن يتم احترام القيم الحيوية المذكورة أعلاه، خاصة في الحالات التالية:

- تعرضي لضرر دماغي خطير وغير قابل للعلاج، لأي سبب، حتى وإن كان نتيجة حادث.
- الإصابة بمرض تنكسي في مرحلة متقدمة غير قابل للشفاء.
- التقدم في السن مع تدهور ملحوظ في حالتي الصحية العامة.
- الوصول إلى مرحلة متقدمة من أي مرض قاتل.
- أي وضع صحي لا أمل فيه للشفاء، ويترتب عليه مضاعفات تحول دون العيش بكرامة وفقا لتقييمي الشخصي، والذي عبرت عنه في الفقرة السابقة.

(في حالة الإصابة بالخرف، يرجى تحديد واحدة من الحالات الثلاث التالية لضمان احترام التعليمات الواردة في هذه الوثيقة)، المرجو تحديد حالة واحدة:

الخرف المعتدل، حيث أعجز عن العيش بمفردي أو القيام بأنشطة مثل: الخروج دون مرافقة، الطبخ، التسوق...

الخرف متوسط الشدة، مما يجعلني غير قادر على الاعتماد على نفسي في أنشطة مثل: ارتداء الملابس، الاستحمام، الأكل بمفردي، الذهاب إلى الحمام، القراءة، الكتابة...

الخرف الحاد، حيث أعجز عن التواصل اللفظي أو التعرف على الأشخاص المقربين عاطفياً، وأظل مقيداً في الكرسي أو السرير.

3-2. التعليمات المتعلقة بالإجراءات الطبية:

في الحالات المذكورة أعلاه، أرغب أن يتم تكييف الجهود التشخيصية والعلاجية:

عدم بدء أو إيقاف العلاجات التي قد تطيل حياتي بوسائل صناعية باستعمال أجهزة دعم الحياة أو الإنعاش القلبي الرئوي أو أي تدخل طبي غير ضروري لا يحقق تحسناً ملموساً في وضعي الصحي.

إعطائي الأدوية اللازمة لتخفيف الألم الجسدي و/أو النفسي، وإذا اقتضت الضرورة، اللجوء إلى التمسكين التلطيفي العميق والمستمر لتخفيف المعاناة.

إذا أصبحت غير قادر على تناول الطعام أو شرب الماء بنفسي، فلا أريد أن يتم تغذيتي أو إعطائي السوائل قسراً.

أوافق فقط على التثبيت الجسدي أو استخدام الأدوية المهدئة في حال كان ذلك ضرورياً لحمايتي أو لحماية الآخرين، ويجب أن يكون بوصفة طبية.

في حالة حدوث مضاعفات صحية، أطلب، إن أمكن، أن أتلقى الرعاية الطبية في المكان الذي أعيش فيه، بدلاً من المستشفى.

بعض الأمراض تتطور مع غياب الوعي بالمرض. إذا حدث، عند تنفيذ إرادتي المنصوص عليها في هذه الوثيقة، أن أعربت عن رأي مخالف لمحتواها، فأطلب بأن تسود الإرادة التي أعبر عنها هنا.

أتبرع بأعضائي وأنسجتي بعد وفاتي.

4-2. التعليمات المتعلقة بالمساعدة الطبية على الموت (الموت الرحيم):

إذا تم استيفاء الشروط المنصوص عليها في التشريعات السارية، أطلب أن يتم مساعدتي على الموت من خلال القتل الرحيم، وأريد أن تُعتبر هذه الوثيقة بمثابة طلب رسمي لذلك. لمساعدة الآخرين على فهم إرادتي، أؤكد أن وجودي في أي من الحالات المذكورة سابقاً في هذه الوثيقة هو سبب لمعاناة لا تطاق وغير مقبولة بالنسبة لي.

3. اعتبارات أخرى:

4- أطلب:

من الأطر الصحية التي قد لا تكون في وضع يسمح لها بتنفيذ رغباتي، بأن تقوم بإحالتني إلى فريق طبي آخر يمكنه التكفل بحالتي. وفي حال وجود أي شك أو استفسار، أطلب بأن يتم التشاور مع ممثلي القانوني.

تعيين ممثل قانوني (اختياري):

في حال وجدت نفسي في وضع لا يسمح لي بالتعبير عن إرادتي، ووفقا للتشريعات المعمول بها، أعيّن الممثل(ة) القانوني(ة) التالي(ة) لأغراض تنفيذ هذه الوثيقة أمام الفريق الطبي المسؤول عني:

الاسم الكامل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية / بطاقة الإقامة / جواز السفر :

ممثل قانوني بديل (اختياري):

الاسم الكامل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية / بطاقة الإقامة / جواز السفر :

المدينة:

توقيع الممثل/ة القانوني:

توقيع الشخص الذي أعد الوثيقة:

المكان

التاريخ

التوقيع

العنوان: شارع بورطال ديل أنخيل، 7، الطابق الرابع، برشلونة 08002

الهاتف: +34 934 123 203

البريد الإلكتروني: dmd@dmd.cat

الموقع الإلكتروني: www.dmd.cat

المرجع: V02-2025