

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS / TESTAMENTO VITAL

Yo,
con DNI / NIE / Pasaporte Número.....
con domicilio en..... número.....
población.....y teléfono:

con la capacidad suficiente para tomar una decisión libre, y con la información adecuada que me ha permitido reflexionar en profundidad.

1.- MANIFIESTO:

Que, de acuerdo con la ley de Catalunya 21/2000 y la Ley básica del Estado 41/2002, firmo este Documento de Voluntades Anticipadas para que cuando me encuentre en una situación en la cual, no pueda tomar decisiones o expresar mi voluntad por mi mismo/a, se conozcan los valores y preferencias en los que se basan las instrucciones que expongo, y quiero que respeten en mi atención sanitaria.

2.- DECLARO:

2.1 VALORES VITALES: Para mi proyecto vital, **la calidad de vida** es un aspecto muy importante y larelaciono con los siguientes supuestos:

- La posibilidad de comunicarme y relacionarme de manera consciente con otras personas.
- No sufrir dolor físico ni psíquico.
- Tener capacidad funcional que me permita la autonomía en la vida diaria.
- No prolongarme la vida de manera artificial cuando la situación clínica sea irreversible.
-

2.2.-SUPUESTOS Y SITUACIONES: Es mi voluntad que **los valores vitales** citados se respeten especialmente en lassituaciones siguientes:

- Daño cerebral grave e irreversible, de cualquier causa.
- Enfermedad degenerativa en fase invalidante.
- Vejez avanzada con deterioro importante de mi estado general.
- Estado avanzado de cualquier enfermedad de pronóstico fatal.
- Cualquier situación en la que no haya expectativas de recuperación y de la cual se deriven secuelas que impidan una vida digna según mi criterio, y que ya he expresado en el apartado anterior.

(Marque a partir de cual de las situaciones desea que se respeten sus instrucciones.

Marque **una** de las tres opciones)

- Demencia **moderada**, que me impida vivir sol/a y/o realizar actividades como: *salir a la calle sinacompañamiento, cocinar, comprar,...*
- Demencia **moderadamente severa**, que genere la imposibilidad de valerme por mi mismo/a, en las actividades como: *vestirme, ducharme, comer solo/a, ir al lavabo, leer, escribir...*
- Demencia **severa** que me impida: *comunicarme verbalmente o reconocer a las personas afectivamente cercanas, y/o me mantenga inmovilizado /da en una silla o en la cama.*

2.3 INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS: En las situaciones anteriormente expresadas, quiero que se lleve a cabo la **adecuación del esfuerzo diagnóstico-terapéutico:**

- No iniciando reanimación cardiopulmonar.
- No iniciando o retirando tratamientos que me prolonguen la vida por medios artificiales con técnicas de soporte vital o tratamientos fútiles de cualquier tipo.
- Que se me administren los fármacos necesarios para evitarme el posible sufrimiento físico y/o psíquico, llegando si es necesario a la sedación paliativa profunda y continuada.
- Si mi situación comporta la incapacidad para alimentarme e hidratarme yo mismo/a, no quiero que me alimenten ni me hidraten a la fuerza.
- Solo acepto contención mecánica o farmacológica cuando sea para evitar daños a mi propia persona o a terceros y siempre por prescripción médica.
- Ante una complicación de mi estado, siempre que sea posible, quiero que se me atienda en el lugar donde resido.
- Algunas patologías cursan con ausencia de conciencia de enfermedad. Si llegado el momento de ejecutar mi voluntad, expresada en este documento, manifiesto una opinión discrepante con su contenido, **reclamo que prevalezca mi voluntad aquí expresada.**
- Si se cumplen los requisitos establecidos por la legislación vigente, solicito que se me ayude a morir mediante **la eutanasia** y quiero que éste documento tenga la consideración formal de solicitud para recibirla.
- Hago donación de mis órganos y tejidos.

4.- OTRAS CONSIDERACIONES:

.....
.....

5.- SOLICITO: A los profesionales sanitarios que no estén en disposición de atender mis voluntades que me deriven a otro equipo asistencial que pueda hacerse cargo. Ante cualquier duda, exijo que se consulte a mi **representante**.

DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE (opcional)

En caso de hallarme en una situación en que no pueda expresarme voluntad y de acuerdo con la legislación vigente, designo como representante para la interpretación y aplicación de este documento ante el equipo sanitario que me atenderá a:

Nombre y Apellidos,
con DNI / NIE / Pasaporte Número.....,
con domicilio en.....número.....,
población y teléfono.....,
Fecha

Firma del o la representante:

REPRESENTANTE ALTERNATIVO (opcional)

Nombre y Apellidos,
con DNI / NIE / Pasaporte Número.....,
con domicilio en número.....,
población y teléfono.....,
Fecha

Firma del o la representante :

Firma de la persona que hace el DVA

Lugar.....Fecha.....

Firma:

TESTIGOS:

Las/los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho con plena consciencia, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

1. Nombre y apellidos..... ,
con DNI / NIE / Pasaporte Número.....y
domicilio en..... número.....,
población y teléfono
Fecha:
Firma:

2. Nombre y apellidos..... ,
con DNI / NIE / Pasaporte Número.....y
domicilio en número
población y teléfono.....
Fecha:
Firma:

3. Nombre y apellidos..... ,
con DNI / NIE / Pasaporte Número.....y
domicilio en número.....
poblacióny teléfono
Fecha:.....
Firma: