

## DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES / TESTAMENT VITAL

Jo, .....

amb DNI / NIE / Passaport número.....

amb domicili a..... número .....

població..... i telèfon: .....

Amb la capacitat suficient per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació adequada que m'ha permès reflexionar,

### 1.- MANIFESTO:

Que, d'acord amb la Llei de Catalunya 21/2000 i la Llei bàsica de l'Estat 41/2002, signo aquest Document de Voluntats Anticipades perquè, quan em trobi en una situació en la qual, no pugui prendre decisions o expressar la meua voluntat per mi mateix/a, es coneguin els valors i preferències en què se sustenten les instruccions que exposo i que vull que es respectin en la meua atenció sanitària.

### 2.- DECLARO:

**2.1 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:

- La possibilitat de comunicar-me i relacionar-me de manera conscient amb altres persones.
- No patir dolor físic ni psíquic.
- Tenir capacitat funcional que em permeti l'autonomia en la vida diària.
- No perllongar de manera artificial la meua vida quan la situació clínica sigui irreversible.
- .....

**2.2 SUPÒSITS I SITUACIONS:** Els **valors vitals** esmentats vull que es respectin especialment en les situacions següents:

- Dany cerebral sever i irreversible per qualsevol causa, inclús per accident.
- Malaltia degenerativa en fase invalidant.
- Vellesa avançada amb deteriorament important del meu estat general.
- Estat avançat de qualsevol malaltia de pronòstic fatal.
- Qualsevol situació en què no hi hagi expectatives de recuperació i que se'n derivin seqüeles que impedeixin una vida digna segons jo l'entenc i he expressat a l'apartat anterior.

( Marqueu a partir de quina de les tres opcions voleu que es compleixin les vostres instruccions.

**Marqueu-ne només una )**

- Demència **moderada**, que m'impedeixi viure sol/a i/o realitzar activitats com ara: *sortir al carrer sense acompanyament, cuinar, comprar, ...*
- Demència **moderadament severa**, que generi la impossibilitat de valdre'm per mi mateix/a en activitats com ara: *vestir-me, dutxar-me, menjar sol/a, anar al lavabo, llegir, escriure,...*
- Demència **severa**, que m'impedeixi: *comunicar-me o reconèixer les persones afectivament properes i/o em mantingui immobilitzat/da en una cadira o en un llit, ...*

**2.3 INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES:** En les situacions anteriorment expressades vull que **s'adeqüi l'esforç diagnòstico-terapèutic:**

- No iniciant reanimació cardiopulmonar
- No iniciant o retirant tractaments que em perllonguin la vida per mitjans artificials amb tècniques de suport vital o procediments fútils de qualsevol tipus.
- Administrant-me els fàrmacs necessaris per evitar el sofriment físic i/o psíquic arribant, si cal, a la sedació pal·liativa profunda i continuada.
- Si la meva situació comporta la incapacitat per alimentar-me i hidratar-me jo mateix/xa, no vull que m'alimentin ni que m'hidratin a la força.
- Només accepto contenció mecànica o farmacològica quan sigui per evitar danys a la meva persona o a tercers, i sempre amb prescripció mèdica.
- Davant d'una complicació del meu estat, sempre que sigui possible, vull que se m'atengui al lloc on resideixo .
- Algunes patologies cursen amb manca de consciència de malaltia. Si, arribat el moment d'executar la meva voluntat expressada en aquest document, manifesto un parer discrepant amb el seu contingut, **reclamo que prevalgui la meva voluntat aquí expressada.**
- Si es compleixen els requisits establerts per la legislació vigent, demano que se m'ajudi a morir mitjançant **l'eutanàsia** i vull que aquest document tingui la consideració formal de sol·licitud per rebre-la.
- Faig donació dels meus òrgans i teixits.

### 3.- ALTRES:

.....  
.....  
.....

**4.- 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 faci càrrec.

**DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT** (opcional)

En el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meua voluntat, i d'acord amb la legislació vigent, designo com representant per a la interpretació i aplicació d'aquest document davant l'equip sanitari que m'atendrà a :

Nom i cognoms:.....  
amb DNI / NIE / Passaport número.....  
amb domicili a....., número .....

població..... telèfon: .....

Data.....

Signatura del o la representant:

**Representant substituït/a** (opcional)

Nom i cognoms:.....  
amb DNI / NIE / Passaport número.....  
amb domicili a....., número .....

població..... telèfon: .....

Data .....

Signatura del o la representant:

**Signatura de la persona que fa el DVA**

Lloc.....  
Data.....

Signatura:

**DECLARACIÓ DEL/DE LA PROFESSIONAL SANITARI/ÀRIA:**

La persona sotasignada, major d'edat i amb plena capacitat de fet, declara que la persona sol·licitant i que signa aquest document de voluntats anticipades, ho ha fet amb plena consciència, sense que hagi pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

Així mateix, la persona sotasignada avala la voluntat de la persona sol·licitant que signa aquest document de voluntats anticipades i declara que no es troba incursa en cap situació que es pugui qualificar de conflicte d'interès.

**Dades personals del/de la professional sanitari/ària:**

1.-Nom i cognoms:.....

Núm. col·legiat/ada o DNI/NIE/Passaport núm. ....

Professió sanitària .....

Centre sanitari on es realitza la declaració : ..... Localitat .....

La persona sotasignat, declara que l'atorgant d'aquest document de voluntats anticipades es correspon a:

Nom i cognoms ..... DNI/NIE/Passaport núm. ....

Data .....

Signatura del/de la professional sanitari/ària

