

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES / TESTAMENT VITAL

Jo,
amb DNI / NIE / Passaport número.....
amb domicili a....., número.....,
població..... i telèfon:.....
en plenitud de la capacitat mental per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació
suficient que m'ha permès reflexionar profundament,

1.- MANIFESTO:

Que, d'acord amb la Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya i la Ley bàsica 41/2002 de l'Estat espanyol, signo aquest Document de voluntats anticipades perquè quan em trobi en una situació en la qual, a conseqüència del meu deteriorament físic i/o mental, no pugui prendre decisions o expressar la meua voluntat, es coneguin els valors i preferències en què se sustenten les instruccions que exposo i vull que es tinguin en compte sobre la meua atenció sanitària.

2.- DECLARO:

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 (**marqueu amb una creu els que s'adeqüin als vostres valors**):

- La possibilitat de comunicar-me i relacionar-me amb altres persones.
- No patir dolor físic o psíquic.
- Tenir independència funcional que em permeti l'autonomia en la vida diària.
- No perllongar-me la vida si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents, quan la situació sigui irreversible.
- Romandre al meu domicili, acompanyat/da, els últims dies de la vida i, si és possible, morir-hi.
-
-

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

- Dany cerebral sever i irreversible, de qualsevol causa.

- Demència greu, de qualsevol causa, arribat el punt de no poder expressar-me, comunicar-me, reconèixer familiars o persones properes, no poder alimentar-me o tenir cura de la meva persona per mi mateix/xa.
- 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 sense que se'n segueixin seqüeles que impedeixin una vida digna segons jo l'entenc i he expressat a l'apartat anterior.
-
-

INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES: En base als meus valors vitals i a les situacions anteriorment assenyalades, la meva voluntat inequívoca és que es porti a terme l'adequació de l'esforç terapèutic:

- No iniciant reanimació cardiopulmonar.
- No iniciant o retirant tractaments que em perllonguin la vida per mitjans artificials o per tècniques de suport vital.
- No aplicant tractaments fútils en cap forma: cirurgia, diàlisi, antibiòtics, radioteràpia, quimioteràpia.
- Administrant-me els fàrmacs necessaris per evitar-me el possible sofriment físic i/o psíquic causat per la malaltia, per la retirada de tractaments o per qualsevol altre motiu. Els fàrmacs que se m'administrin han de ser els necessaris i en la dosi adequada per acabar amb el sofriment esmentat, arribant a la sedació pal·liativa profunda i continuada.
- Vull que aquest document tingui la consideració formal de sol·licitud per rebre l'eutanàsia si es compleixen els requisits establerts per la Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia, que declaro conèixer.
-

3.- 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 pugui fer càrrec.

En cas de qualsevol dubte sobre la interpretació d'aquest document o en cas que es donin circumstàncies no previstes, exigeixo que es consulti el meu o meva representant i es compleixin les seves decisions.

DESIGNO COM A REPRESENTANT, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meva voluntat, perquè d'acord amb la Llei 21/2000, actuï com a interlocutor/a vàlid/a i necessari/a amb l'equip sanitari que m'atendrà, tant en la interpretació d'aquest document com per prendre decisions respecte a la meva salut,:

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

Signatura del o la representant:

Representant alternatiu/va:

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

Signatura del o la representant:

Signatura de la persona que fa el DVA

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

Signatura:

TESTIMONIS:

Les/els sotasignats, majors d'edat, declarem que la persona que signa aquest document de voluntats anticipades ho ha fet amb plena consciència, sense que hàgim pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

1. Nom i cognoms:,
amb DNI / NIE / Passaport número:..... i
domicili a número,
població i telèfon
Data

Signatura:

2. Nom i cognoms:,
amb DNI / NIE / Passaport número:..... i
domicili a número,
població i telèfon
Data

Signatura:

3. Nom i cognoms:,
amb DNI / NIE / Passaport número:..... i
domicili a número,
població i telèfon
Data

Signatu