

Jo amb
 DNI / NIE / Passaport número ,
domicili a número.....,
població CP..... i telèfon:

En plenitud de les meves facultats, actuant lliurement i després d'una adequada reflexió, declaro que si en el futur la meua salut es deteriora de forma irreversible, fins al punt de perdre l'ús de les meves facultats per sol·licitar l'eutanàsia i prestar la meua conformitat sobre les cures i el tractament que vull rebre, el benefici més gran per a mi és finalitzar la meua vida com més aviat millor, d'acord amb les següents instruccions prèvies o voluntats anticipades:

1. Sol·licito que es posi fi a la meua vida mitjançant l'eutanàsia.
2. Considero un **patiment físic o psíquic constant i intolerable, incompatible amb la meua dignitat personal**, el que alguns **patiments greus crònics i impossibilitats**, com les malalties neurodegeneratives (demència tipus Alzheimer o qualsevol altra), provoquin tal **deteriorament de la meua personalitat i les meves facultats mentals**, que sigui incapaç de tenir consciència de la meua pròpia malaltia i el meu esquema de valors.

Per això, encara que no ho expressi, no ho recordi o, segons el parer d'altres persones, no mostri signes externs de sofriment, **en el moment en què no pugui valer-me per mi mateixa o no reconegui els meus familiars o persones properes, o em trobi en una situació clínica equiparable a una demència moderada**, desitjo que es respecti la meua voluntat de finalitzar la meua vida mitjançant l'eutanàsia.

3. Durant el termini de temps que requereixi la gestió de la meua sol·licitud d'eutanàsia, o en el cas que fos denegada, **rebutjo tota mesura de suport vital**, tractament, intervenció o procediment que contribueixi a mantenir-me amb vida (antibiòtics, nutrició-hidratació amb fluids, sonda nasogàstrica o gastrostomia, marcapassos o desfibril·lador, etc.) Igualment, **sol·licito que s'alleugi el meu patiment amb tots els mitjans disponibles** i, si em trobo en una situació avançada o terminal, el meu desig és morir adormida amb una **sedació pal·liativa** profunda mantinguda fins a la meua defunció.

En el cas que hi hagi **dubtes sobre la irreversibilitat** de la meua situació d'incapacitat de fet per decidir, vull deixar clar que aquesta possibilitat no modifica la meua decisió ferma de no suportar una vida en què depengui d'altres persones per a les activitats de la vida diària.

4. Si alguna persona professional sanitària es declarés objectora de consciència pel que fa a alguna d'aquestes instruccions, sol·licito que sigui substituïda per una altra professional, garantint el meu dret a decidir amb llibertat sobre la meua vida i la meua mort.

DESIGNACIÓ DE REPRESENTANT/S (OPCIONAL)

DESIGNO COM A REPRESENTANT, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meua voluntat, perquè d'acord amb la Llei 21/2000, actui 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 meua salut, a:

PRIMER REPRESENTANT

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

Data

Signatura del o la representant (opcional):

ACCEPTO la designació com a representant de la persona atorgant del document d'instruccions prèvies, d'acord amb les directrius expressades, tal com estableix la legislació.

SEGON REPRESENTANT

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

Data

Signatura del o la representant (opcional):

ACCEPTO la designació com a representant de la persona atorgant del document d'instruccions prèvies, d'acord amb les directrius expressades, tal com estableix la legislació.

DECLARACIÓ DELS / LES TESTIMONIS

(2 no poden ser familiars de 1r o 2n grau, ni tenir relació patrimonial, ni laboral amb l'atorgant)

PRIMER TESTIMONI

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

Major d'edat i amb plena capacitat DECLARO:

L'atorgant d'aquest document és capaç, actua lliurement i ha signat el document davant meu.

Data

Signatura:

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

Major d'edat i amb plena capacitat DECLARO:

L'atorgant d'aquest document és capaç, actua lliurement i ha signat el document davant meu.

Data

Signatura:

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

Major d'edat i amb plena capacitat DECLARO:

L'atorgant d'aquest document és capaç, actua lliurement i ha signat el document davant meu.

Data

Signatura:

SIGNATURA DE LA PERSONA QUE FA EL DVA

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

Signatura: