

DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS / TESTAMENTO VITAL

Yo,.....

con DNI / NIE / Pasaporte número.....

con domicilio en..... número.....

población.....y teléfono:

en plenitud de facultades que me capacitan para tomar una decisión libre y con la información suficiente que me ha permitido reflexionar en profundidad,

1.- MANIFIESTO:

Que, de acuerdo con la ley 21/2000 del Parlament de Catalunya y la Ley básica 41/2002 del Estado español, firmo este Documento de voluntades anticipadas para que cuando me encuentre en una situación en la que, a consecuencia de mi deterioro físico o mental, no pueda tomar decisiones o expresar mi voluntad, se conozcan los valores y preferencias en los que se basan las instrucciones que expongo y quiero que se tengan en cuenta a la hora de recibir atención sanitaria.

2.- DECLARO:

VALORES VITALES: Para mi proyecto vital, la calidad de vida es un aspecto muy importante y la relaciono con los siguientes supuestos (**marque con una cruz los que se adecuen a sus valores**):

- La posibilidad de comunicarme y relacionarme con otras personas.
- No sufrir dolor físico o psíquico.
- Tener independencia funcional que me permita la autonomía en la vida diaria.
- Cuando la situación sea irreversible, no prolongarme la vida si no se dan los mínimos que resulten de los apartados precedentes.
- Permanecer en mi domicilio, acompañado/da, los últimos días de la vida y, si es posible, morir en él.
-
-

SUPUESTOS Y SITUACIONES: Es mi voluntad que los valores vitales citados se respeten en las situaciones médicas siguientes:

- Daño cerebral grave e irreversible, de cualquier causa.
- Demencia de cualquier causa, llegado el punto de no poder expresarme, comunicarme, reconocer a mis familiares o allegados, no poder alimentarme o cuidarme por mi mismo/a.
- 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 sin que se provoquen secuelas que impidan una vida digna según mi criterio, que he expresado en el apartado anterior.
-
-

INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS: En base a mis valores vitales y a las situaciones anteriormente señaladas, mi voluntad inequívoca es que se realice **adecuación del esfuerzo terapéutico**:

- No iniciando reanimación cardiopulmonar.
- No iniciando o retirando tratamientos que me mantengan con vida por medios artificiales o por técnicas de soporte vital.
- No aplicando tratamientos fútiles de ningún tipo: cirugía, diálisis, antibióticos, radioterapia, quimioterapia.
- Administrando los fármacos necesarios para evitar el posible sufrimiento físico y/o psíquico causado por la enfermedad, por la retirada de tratamientos o por cualquier otro motivo. Los fármacos que se me administren deben ser los indicados y en la dosis adecuada para acabar con el sufrimiento, llegando a la sedación paliativa profunda y continuada.
- Quiero que este documento tenga la consideración formal de solicitud para recibir la eutanasia si se cumplen los requisitos establecidos por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, que declaro conocer.
- Manifiesto mi deseo de donar mis órganos y tejidos.
-

3.- 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 sobre la interpretación de este documento o en caso de que se den circunstancias no previstas, exijo que se consulte a mi representante y se cumplan sus decisiones.

DESIGNO COMO REPRESENTANTE, en el caso de hallarme en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad, para que, de acuerdo con la Ley 21/2000, actúe como interlocutor/a válido/a y necesario/a con el equipo sanitario que me atenderá, tanto en la interpretación de este documento como para tomar decisiones respecto a mi salud, a:

Nombre y apellidos:,
con DNI / NIE / Pasaporte número:..... y
domicilio en..... número,
población y teléfono,
Fecha,
Firma del o la representante:

Representante alternativo/a:

Nombre y apellidos:,
con DNI / NIE / Pasaporte número:.....y
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 firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho con plena conciencia, 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: