

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 cual, 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 (**marcar 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 (ver instrucciones específicas más adelante).
- 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 secuelas que, en caso de haberlas, impedirían una vida digna según mi criterio 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 causados 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, de los cuales soy conecedor/a.
- 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.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS ANTE UNA EVENTUAL DEMENCIA

Conozco los estragos y las limitaciones que se derivan de tener una enfermedad de Alzheimer u otras demencias progresivas similares.

Sé que los estadios avanzados de estos procesos patológicos están asociados a la incapacidad de la persona enferma para tomar decisiones libres.

Yo no quiero permanecer de manera prolongada en estas situaciones clínicas y, para evitarlo, quiero que se me deje o se me ayude activamente a morir cuando llegue a un grado de **deterioro mental permanente, que yo considero inaceptable de soportar.**

Para mi, esto significa: **(marcar una de las tres opciones)**

A. Demencia **moderada**, que me impida vivir sol/a i/o realizar actividades como: *cocinar , lavar la ropa, comprar,...*

B. Demencia **moderadamente severa**, que genere la imposibilidad de valerme por mi mismo/a debido a los déficits, en las actividades como: *vestirme, ducharme, comer solo/a, ir al lavabo, leer, escribir,...*

C. 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, ...*

En la situación señalada en las líneas anteriores, además de las indicaciones que ya están especificadas en el apartado "Instrucciones sobre las actuaciones sanitarias" de este documento, mi decisión es que **se respeten de manera escrupulosa las siguientes decisiones: (marcar las que se consideren apropiadas)**

1. Rechazo de la RCP (reanimación cardiopulmonar) en caso de paro cardiopulmonar.
2. Si mi demencia comporta la incapacidad para alimentarme e hidratarme yo mismo/a, mis instrucciones son que las personas que me cuiden se abstengan de alimentarme y de hidratarme.

No quiero que me presionen de ninguna manera a comer o a beber.

Sin embargo, quiero recibir una atención de calidad y destinada solamente a promover el máximo alivio posible de mi sufrimiento.

3. Ante una complicación de mi estado, quiero que se me atienda en el lugar en el que resido y que no me lleven a urgencias ni me ingresen en un hospital, excepto si es para realizar una sedación profunda y permanente si ésta no pudiese efectuarse en el lugar donde actualmente resido.

4. No utilizar contenciones mecánicas, aunque pueda resultar lesionado/da, con la única excepción de que yo pueda representar un peligro para la seguridad de otras personas.

Estando ya regulada legalmente la eutanasia (Ley orgánica 3/2021,de 24 de marzo) es mi voluntad inequívoca i: **(marcar una de las dos opciones)**

A. **Que se provoque mi muerte**, de manera rápida, segura e indolora, sin tener que esperar que se produzca ninguna descompensación clínica que acabe con mi vida espontáneamente.

B. **Que no se ponga fin a mi vida**, de manera directa e intencionada, sino que tan solo se respeten los criterios de los apartados anteriores y las mencionadas instrucciones sanitarias de este documento.

Consideración final sobre la aplicación de lo indicado en este documento una vez instaurada la demencia: **(marcar una de las dos opciones)**

A. Soy consciente de que algunas enfermedades, especialmente muchas demencias, cursan con ausencia de conciencia de enfermedad. Puedo prever la posibilidad de que, llegado el momento de ejecutar mi voluntad, aquí expresada, yo mismo/a pueda verbalizar o manifestar de alguna forma una opinión discrepante con la de este documento. Si ocurriese esto, insto a mis responsables legales a evitar la tentación de manipular mi futura e incompetente persona, contraviniendo o alterando las instrucciones de mi DVA y **reclamo que prevalezca mi voluntad expresada en este documento**, redactado en plenas facultades cognitivas y de salud mental.

B. Contrariamente, en la misma situación, aunque presente dificultades para tomar decisiones, si me puedo comunicar de la manera que sea **quiero que se respete la voluntad que yo exprese en aquel futuro momento**, aunque se contradiga con las decisiones de este mismo documento.

DESIGNO COMO REPRESENTANTE, en el caso de hallarme en una situación en 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 (opcional):

Representante alternativo:

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

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: