dmd
DERECHO A MORIR DIGNAMENTE
DUINTASUNEZ HILTZEKO ELKARTEA
NAVARRA/NAFARROA

TESTAMENTO VITAL - DOCUMENTO VOLUNTADES ANTICIPADAS

Yo _____

nacido/a el _____/_____/_____ con Documento de Identidad: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

con domicilio en _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

Con la capacidad de hecho suficiente, actuando libremente y tras una adecuada reflexión, si en un futuro no puedo tomar decisiones o expresar mi voluntad, manifiesto que:

1 En mis **CRITERIOS DE CALIDAD DE VIDA Y DIGNIDAD PERSONAL** es fundamental:

- Mantener una independencia funcional para las actividades de la vida diaria
- No sufrir dolor físico o psíquico
- Comunicarme y relacionarme de manera consciente con otras personas
- No prolongar mi vida de manera artificial cuando la **SITUACION CLINICA SEA IRREVERSIBLE:**
  - Estado avanzado de cualquier enfermedad de pronóstico fatal.
  - Daño cerebral grave e irreversible
  - Enfermedad degenerativa en fase imposibilitante.
  - Situación de fragilidad avanzada con deterioro importante de mi estado general.
  - Cualquier situación sin expectativas de recuperación y con secuelas incompatibles con dichos criterios.

2 En caso de **DEMENCIA**, deseo que se cumplan las siguientes instrucciones a partir de que mi situación sea:
(Selecciona tu opción)

☐ **DEMENCIA MODERADA** (GDS 4-5): que me impida vivir solo/a y/o realizar actividades como cocinar, comprar, salir a la calle sin acompañamiento, escoger la ropa adecuada, el uso del teléfono y/o conocer mi dirección

☐ **DEMENCIA MODERADAMENTE SEVERA** (GDS 5-6): que me impida ser autónomo/a para vestirme, comer, ducharme, ir al lavabo; que me imposibilite leer y/o escribir

3 INSTRUCCIONES SOBRE ACTUACIONES SANITARIAS

En las situaciones descritas en los apartados 1 y 2 quiero que se lleve a cabo una limitación/adecuación de esfuerzo diagnóstico-terapéutico, rechazando toda medida de soporte vital, tratamientos, cirugías o procedimientos que contribuyan a mantenerme con vida: nutrición-hidratación con sueros, sondas o gastrostomías, marcapasos o desfibrilador, reanimación cardio-pulmonar, antibióticos y otra medicación salvo la necesaria para los cuidados paliativos que me proporcionen bienestar y alivien el sufrimiento incluida la sedación paliativa profunda y mantenida hasta mi fallecimiento.

4 INSTRUCCIONES SOBRE LA EUTANASIA.

Considero un sufrimiento psíquico constante e intolerable, incompatible con mi dignidad, el que algunos padecimientos graves, crónicos e imposibilitantes como algunas enfermedades neurodegenerativas o cualquier otra situación irreversible provoquen tal deterioro de mi personalidad y mis facultades mentales que sea incapaz de tener conciencia de mi propia enfermedad, mis criterios de dignidad de vida y mis deseos aquí expresados y no pueda solicitar la eutanasia.

Por ello, aunque no lo exprese, no lo recuerde, manifieste desacuerdo o no muestre signos externos de sufrimiento a juicio de otras personas, en el momento en que me encuentre en alguna de las situaciones descritas en el apartado 1 o en una situación clínica equiparable al grado de demencia indicado en el apartado 2, deseo que se me aplique la eutanasia cuanto antes.

En caso de dudas sobre la irreversibilidad de mi situación de incapacidad para decidir eso no modifica mi decisión firme de no soportar una vida dependiente para las actividades de la vida diaria.

Durante la tramitación de mi solicitud de eutanasia, o en caso de que fuera denegada, deseo que se cumplan mis instrucciones sanitarias descritas en el apartado 3.

Si alguna persona profesional sanitaria se declarase objetora de conciencia con respecto a estas instrucciones, solicito que sea sustituida por otra profesional, garantizando mi derecho a decidir con libertad sobre mi vida y mi muerte.

5 DONACIÓN.

(Marque las casillas deseadas e indique la entidad a la que se dona el cuerpo)

☐ Deseo ser donante de órganos. ☐ He donado mi cuerpo a _____

TESTAMENTO VITAL

(OPCIONAL/RECOMENDADO)

DESIGNO COMO REPRESENTANTES en el orden que figuran a:

PRIMER REPRESENTANTE

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____ Teléfono _____ Email _____

Domicilio _____

Localidad _____ CP: _____ Provincia: _____

ACEPTO *la designación como representante de la persona otorgante de este documento, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación.* **CONSIENTO** *el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.*

Firma:

SEGUNDO REPRESENTANTE

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____ Teléfono _____ Email _____

Domicilio _____

Localidad _____ CP: _____ Provincia: _____

ACEPTO *la designación como representante de la persona otorgante de este documento, de acuerdo con las directrices expresadas, tal y como establece la legislación.* **CONSIENTO** *el tratamiento de mis datos personales por parte de la administración pertinente, de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.*

Firma:

FIRMA DEL/LA OTORGANTE

Nombre y apellidos _____

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Firma: