DOCUMENTO DE INSTRUCIÓNS PREVIAS

Eu _____, nacido/a o día _____ / _____ / _____, maior de idade, con ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____, enderezo en _____, concello _____, CP _____, Provincia _____.

En plenitude das miñas facultades, actuando libremente e tras unha fonda reflexión, **declaro** que se no futuro **a miña saúde se deteriorase de forma irreversible**, ata o punto de perder o uso das miñas **facultades para solicitar a eutanasia e prestar a miña conformidade** sobre os coidados e o tratamento que desexo recibir, o maior beneficio para min é **poñer fin á miña vida canto antes**, de acordo coas seguintes instrucións previas, vontades anticipadas ou testamento vital:

1. **Solicito que se poña fin á miña vida** canto antes mediante **eutanasia.**

2. Considero un **sufrimento físico ou psíquico constante e intolerable, incompatible coa miña dignidade** persoal, o feito de que algúns **padecementos graves crónicos e imposibilitantes,** como as enfermidades neurodexenerativas (demencia tipo Alzheimer ou calquera outra), provoquen tal **deterioro da miña personalidade e das miñas facultades mentais,** que sexa incapaz de ter conciencia da miña propia enfermidade e do meu esquema de valores. Por iso, aínda que non o exprese, non o lembre ou, a xuízo doutras persoas, non amose signos externos de sufrimento, **no momento en que non poida valerme por min mesma ou non recoñeza os meus, ou me atope nunha situación clínica equiparable a unha demencia moderada** (GDS-FAST 5, segundo as escalas de Reisberg), desexo que se respecte a miña vontade de poñer fin á miña vida canto antes mediante **eutanasia.**

3. Durante o prazo de tempo que requira a xestión da miña solicitude de eutanasia, ou no caso de que fose denegada, **rexeito calquera medida de soporte vital,** tratamento, intervención ou procedemento que contribúa a manterme con vida (antibióticos, nutrición- hidratación con fluídos, sonda nasogástrica ou gastrostomía, marcapasos ou desfibrilador, etc.). Igualmente, solicito **que se acalme o meu sufrimento** con todos os medios dispoñibles e, se me atopo nunha situación avanzada ou terminal, desexo morrer durmida cunha **sedación paliativa** profunda mantida ata o meu falecemento. No caso de que existisen **dúbidas sobre a irreversibilidade** da miña situación de incapacidade de feito para decidir, quero deixar claro que **tal posibilidade non modifica a miña decisión** firme de non aturar unha vida na que dependa doutras persoas para as actividades da vida cotiá.

4. Se algunha persoa profesional sanitaria se declarase obxectora de conciencia con respecto a algunha destas instrucións, solicito que sexa substituída por outra profesional, garantindo o meu dereito a decidir con liberdade sobre a miña vida e a miña morte.

NOMEAMENTO DE REPRESENTANTE/S INTERLOCUTOR/ES (OPCIONAL)

Designo como interlocutor co médico ou co equipo sanitario que me atenda, para o caso de atoparme en situación de non poder manifestar a miña vontade, a:

PRIMER REPRESENTANTE

Nome e apelidos: _____

Documento de identidade: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Enderezo: _____

Concello: _____ CP: _____ Provincia: _____

Teléfono/s: _____ / _____

Email: _____

En caso de falecemento, incapacidade, renuncia ou imposibilidade de consulta co representante interlocutor, designo como substituto do devandito interlocutor a:

SEGUNDO REPRESENTANTE

Nome e apelidos: _____

Documento de identidade: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Enderezo: _____

Concello: _____ CP: _____ Provincia: _____

Teléfono/s: _____ / _____ Email: _____

DOCUMENTO DE INSTRUCIÓNS PREVIAS

DECLARACIÓN DE TESTEMUÑAS (Non deben ser familiares de ata 2º grao, nin ter relación patrimonial, nin laboral coa persona outorgante.)

PRIMEIRA TESTEMUÑA

Nome e apelidos: _____

Documento de identidade: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Enderezo: _____

Localidade: _____ CP: _____ Provincia: _____

Maior de idade e con plena capacidade **DECLARO:**

Que D./Dª _____

Outorgante deste documento, é capaz, actúa libremente e asinou o documento na miña presenza.

Asina:

De acordo coa Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais, consinto o tratamento dos meus datos personais por parte da administración pertinente.

SEGUNDA TESTEMUÑA

Nome e apelidos: _____

Documento de identidade: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Enderezo: _____

Localidade: _____ CP: _____ Provincia: _____

Maior de idade e con plena capacidade **DECLARO:**

Que D./Dª _____

Outorgante deste documento, é capaz, actúa libremente e asinou o documento na miña presenza.

Asina:

De acordo coa Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais, consinto o tratamento dos meus datos personais por parte da administración pertinente.

TERCIERA TESTEMUÑA

Nome e apelidos: _____

Documento de identidade: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

Enderezo: _____

Localidade: _____ CP: _____ Provincia: _____

Maior de idade e con plena capacidade **DECLARO:**

Que D./Dª _____

Outorgante deste documento, é capaz, actúa libremente e asinou o documento na miña presenza.

Asina:

De acordo coa Lei Orgánica 3/2018, do 5 de decembro, de Protección de Datos Persoais e garantía dos dereitos dixitais, consinto o tratamento dos meus datos personais por parte da administración pertinente.

FIRMA E DECLARACIÓN DO/A OUTORGANTE

D./Dª _____

Documento de identidade: ☐ DNI ☐ PASAPORTE ☐ NIE Nº: _____

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Asina: