DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS

( Formalizado ante Funcionario )

En virtud del derecho que reconoce el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; y en desarrollo legislativo del mismo, el Decreto nº 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro y la Ley 3/2009 de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia,

Yo,****, mayor de edad, con DNI/NIE/Pasaporte nº , con domicilio en c/  de  e-mail 

y teléfono 

con plena capacidad de obrar, tras prolongada reflexión y actuando libremente, tomo la decisión de realizar de forma documental las **INSTRUCCIONES PREVIAS** que quiero que se tengan en cuenta sobre mi atención sanitaria cuando me encuentre en una situación en la que, por diferentes circunstancias derivadas de mi estado físico y/o psíquico, no pueda expresar mi voluntad.

1. **CRITERIOS EN LA TOMA DE DECISIONES SEGÚN MIS VALORES**

*(Marque los que se corresponden con su proyecto vital)*

Estas instrucciones están relacionadas con unos **criterios** que responden a un esquema de valores y preferencias de calidad de vida íntimamente ligada al proceso de morir y que para mí son importantes como:

No sufrir dolor importante ya sea físico o psíquico o angustia intensa e invalidante.

La preferencia por no prolongar la vida en situaciones clínicas irreversibles.

Otros**:**

****

1. **SITUACIONES CLÍNICAS EN LAS QUE DESEO SE CONSIDEREN EN ESTE DOCUMENTO**

**Si en un futuro estoy incapacitado para tomar o manifestar decisiones sobre mi cuidado médico, como consecuencia de mi deterioro físico y/o mental** por alguna de las **situaciones clínicas** como una enfermedad incurable avanzada, enfermedad terminal, situación agónica,… y teniendo en cuenta que para mi proyecto vital es muy importante la calidad de vida, es mi voluntad que **no se prolongue cuando la situación sea clínicamente irreversible.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otorgante:** |  | **Firma:** |
|  |  |

1. **INSTRUCCIONES SOBRE CUIDADOS Y TRATAMIENTOS EN MI ATENCIÓN SANITARIA**

*(Señale las que desea que se tengan en cuenta)*

* 1. En relación con lo anteriormente expuesto , mi **voluntad** es que:

Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, que sólo esté dirigida a prolongar mi vida artificialmente, o que estas medidas se retiren, si ya han comenzado a aplicarse.

Que se instauren las medidas y se me suministren los fármacos que sean necesarios para controlar con efectividad el dolor, sufrimiento o angustia, aunque eso pueda acortar mi expectativa de vida.

No se me administren medicamentos o tratamientos complementarios (incluida la alimentación artificial) y terapias no contrastadas.

* 1. En relación con la **PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR** (**eutanasia**)

La ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), contempla en artículo 5.2, la posibilidad de dejar constancia de su voluntad de acogerse a la prestación de ayuda para morir (eutanasia) en un documento de instrucciones previas. En el caso de haber nombrado representante en ese documento, esta persona será el interlocutor válido para el médico responsable.

Esto permitiría que, si en un futuro usted cumple con los requisitos de la normativa vigente de la eutanasia, pero no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar la solicitud de eutanasia, podría presentarla en su nombre otra persona mayor de edad y plenamente capaz, acompañándola de su documento de instrucciones previas**.**

**Si este es su deseo, MARQUE LA CASILLA.** En caso contrario, no marque nada.

Es mi voluntad acogerme a lo previsto en la normativa vigente en materia de eutanasia, si se dan los requisitos previstos en la misma.

He sido debidamente informado sobre la normativa vigente de la prestación de la ayuda a morir.

|  |
| --- |
| **Firma del Otorgante** |
|  |

**3.3 OTRAS ACTUACIONES SANITARIAS**

Si estoy **EMBARAZADA** en el momento que me encuentre en alguna de las situaciones anteriormente citadas, mi voluntad es que la validez de este documento quede en suspenso hasta después del parto, siempre que haya suficientes garantías de que mi estado clínico no afecte negativamente al feto.

Si el médico responsable indicase un **TRATAMIENTO DE CARÁCTER EXPERIMENTAL** (fuera de indicación aprobada o ficha técnica) deseo que mi representante o familiares valoren con el personal facultativo la idoneidad del tratamiento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otorgante:** |  | **Firma:** |
|  |  |

1. **INSTRUCCIONES SOBRE MI CUERPO**

*(Marque lo que proceda)*

* 1. **DONACIÓN DE ÓRGANOS/TEJIDOS**:

Manifiesto mi voluntad de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos/tejidos, para ser trasplantados a otras personas que los necesiten.





Manifiesto mi voluntad de que, tras mi fallecimiento, se puedan utilizar mis órganos/tejidos, con fines de investigación.





Manifiesto que **NO** se puedan utilizar mis órganos/tejidos, para ser trasplantados a otras personas, ni para investigación.

**4.2 DESTINO DEL CUERPO**:

Manifiesto mi voluntad de que, tras mi fallecimiento, **mi cuerpo** sea:







|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Si no es posible donarlo a la ciencia, deseo que mi cuerpo sea | Inhumado | incinerado |

\* El Otorgante deberá inscribirse llamando a la Facultad de Medicina de Murcia, Departamento de Anatomía Humana y Psicobiología, a través del teléfono 868 88 39 53.

\* Corresponde al Otorgante dar a conocer este deseo entre sus familiares, allegados o el personal del centro sanitario para que, llegado el momento, lo comuniquen a la universidad a la que se haya, efectuado la donación.

**4.3. DESTINO DE LOS ÓVULOS O SEMEN CONGELADOS PARA REPRODUCCIÓN ASISTIDA:**









**4.4. AUTOPSIA:**

Rechazo autopsia clínica (investigación o causalidad) si fuera necesario para determinar la causa de fallecimiento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otorgante:** |  | **Firma:** |
|  |  |

**5 PREFERENCIAS ÉTICAS Y ESPIRITUALES**

(Marque lo que proceda)

* **LUGAR DONDE SE ME ATIENDA EN EL FINAL DE MI VIDA**

La preferencia por permanecer los últimos días de mi vida











* **ASISTENCIA ESPIRITUAL**

Deseo recibir oficio funerario religioso:





No deseo recibir oficio funerario religioso:

* **FAMILIA Y SERES QUERIDOS:**

Deseo que se facilite a mis seres queridos y familiares acompañarme en el tramo final de mi vida si así ellos lo manifiestan y dentro de las posibilidades del contexto asistencial.

Prohíbo expresamente el acceso a mi Historia clínica a las siguientes personas vinculadas, por razones familiares o de hecho, cuando se produzca mi fallecimiento: 

* **EL TRATO QUE DESEO RECIBIR DE LA GENTE:**



* **LO QUE DESEO QUE MIS SERES QUERIDOS SEPAN:**

.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otorgante:** |  | **Firma:** |
|  |  |

1. **OTRAS INSTRUCCIONES**



### En , a de de

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma del Otorgante** | **Firma del Funcionario** |
|  |  |
| Fdo: | Fdo: |



|  |  |
| --- | --- |
| ***INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS*** | |
| ***Responsable*** | *Dirección General de Planificación, Farmacia e Investigación Sanitaria de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº 6, CP 30001 Murcia.* |
| ***Finalidad*** | *Gestión de la inscripción de documentos de instrucciones previas en el Registro de Instrucciones Previas de la Región de Murcia.* |
| ***Legitimación*** | *El ejercicio de los poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento y cumplimiento de una obligación legal (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materias de información y documentación clínica; Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia; Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro). No facilitar los datos provocará la imposibilidad de gestionar la solicitud y prestar el servicio correspondiente.* |
| ***Destinatarios*** | *Cesión de datos contenidos en los documentos de Instrucciones Previas inscritos al personal sanitario responsable del proceso asistencial de los otorgantes y al Registro Nacional de Instrucciones Previas.* |

**ANEXO 1**

**NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE**

(opcional)

Yo, D/Dña **** con DNI/NIE/Pasaporte nº. ****, designo como **REPRESENTANTE** a D/Dña **** con DNI/NIE/Pasaporte nº ****, domicilio en C/ **** de  e-mail  y teléfono para que realice en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las instrucciones previas que constan en este documento, así como para velar por la aplicación estricta de lo contenido en él. El mismo deberá ser considerado como interlocutor válido y necesario con el equipo sanitario responsable de mi asistencia, para tomar decisiones en mi nombre, ser responsable de mi asistencia y garantizador de mi voluntad expresada en el presente documento.

En supuesto de renuncia, indisponibilidad, incapacidad o fallecimiento del anterior, designo como **REPRESENTANTE SUSTITUTO/A** a: D/Dña. **** con DNI/NIE/Pasaporte nº****, domicilio en C/ **** de  e-mail  y teléfono 

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Otorgante:** |  | **Firma:** |
|  |  |

Nota

En el caso de designar representante/s, se deberá utilizar el documento de **Aceptación de Representante/s** (**anexo 1a**). Así mismo, si dispone de un representante sustituto, se adjuntará el documento **Aceptación de Representante/s  Sustituto** (**anexo 1b**).

Modelos disponibles en la guía carm nº 1916 en el apartado Documentación : <https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=1916&IDTIPO=240&RASTRO=c$#seccion-documentos> .