

Eu \_\_\_\_\_  
nado/a o \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con Documento de Identidade:  DNI  PASAPORTE  NIE Nº: \_\_\_\_\_  
con enderezo en \_\_\_\_\_  
Localidade: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Coa capacidade de feito suficiente, actuando libremente e tras unha adecuada reflexión, se nun futuro non podo tomar decisións ou expresar a miña vontade, manifesto que:

**1** Nos meus **CRITERIOS DE CALIDADE DE VIDA E DIGNIDADE PERSOAL** é fundamental:

- Manter unha independencia funcional para as actividades da vida diaria.
- Non sufrir dor física ou psíquica.
- Comunicarme e relacionarme de maneira consciente con outras persoas.
- Non prolongar a miña vida de maneira artificial cando a **SITUACIÓN CLÍNICA SEXA IRREVERSIBLE**:
  - Estado avanzado de calquera enfermidade que conduce á morte en poucos meses.
  - Dano cerebral grave e irreversible.
  - Enfermidade dexenerativa en fase invalidante.
  - Vellez avanzada con deterioración importante do meu estado xeral.
  - Calquera situación sen expectativas de recuperación e con secuelas incompatibles cos devanditos criterios.

**2** En caso de **DEMENCIA**, desexo que se cumpran as seguintes instruccións a partir de que a miña situación sexa:  
(Escolla unha da dúas opcións)

- DEMENCIA MODERADA (GDS 4-5):** que me impida vivir só/a e/o realizar actividades como cocinar, comprar, saír á rúa sen acompañamento, o uso do teléfono, coñecer a miña dirección.
- DEMENCIA MODERADAMENTE SEVERA (GDS 5-6):** que me impida ser autónomo/a para vestirme, comer, ducharme, ir ao lavabo... que me imposibilite ler, escribir.

### 3 INSTRUCCIÓN SOBRE ACTUACIÓNS SANITARIAS

Nas situacións descritas nos apartados 1 e 2 quero que se leve a cabo unha limitación/adecuación do esforzo diagnóstico terapéutico, rexeitando toda medida de soporte vital, tratamentos, cirurxías ou procedementos que contribúan a manterme con vida: nutrición-hidratación con soros, sondas ou gastrostomías, marcapasos ou desfibrilador, reanimación cardio-pulmonar, antibióticos e outra medicación salvo a necesaria para os coidados paliativos que me proporcionen benestar e alivien o sufrimento incluída a sedación paliativa profunda e mantida ata o meu falecemento.

### 4 INSTRUCCIÓN SOBRE A EUTANASIA.

Considero como un sufrimento psíquico constante e intolerable, incompatible coa miña dignidade, o feito de que algúns padecimentos graves, crónicos e imposibilitantes, así como algunhas enfermidades neurodexenerativas ou calquera outra situación irreversible provoquen tal deterioración da miña personalidade e das miñas facultades mentais que faga con que sexa incapaz de ter conciencia da miña propia enfermidade, dos meus criterios de dignidade de vida e dos meus desexos aquí expresados e motive que non poida solicitar a eutanasia.

Por iso, aínda que non o exprese, non o lembre, manifeste desacordo ou non mostre signos externos de sufrimento a xuízo doutras persoas, no momento en que me encontre nalgunha das situacións descritas no apartado 1 ou nunha situación clínica equiparable ao grao de demencia indicado no apartado 2, desexo que se me aplique a eutanasia canto antes.

En caso de dúbidas sobre a irreversibilidade da miña situación de incapacidade para decidir, iso non modifica a miña decisión firme de non soportar unha vida dependente para as actividades da vida diaria.

Durante a tramitación da miña solicitude de eutanasia, ou no caso de que fose denegada, desexo que se cumpran as miñas instruccións sanitarias descritas no apartado 3.

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

### 5 DOAZÓN.

(Marque o recadro desexado e indique a entidade á que se doa o corpo)

Desexo ser doante de órganos  Doe o meu corpo a \_\_\_\_\_

FIRMA OUTORGANTE

FIRMA PRIMEIRA TESTEMUÑA

FIRMA SEGUNDA TESTEMUÑA

FIRMA TERCEIRA TESTEMUÑA

## DESIGNACIÓN DO REPRESENTANTE INTERLOCUTOR (opcional)

Para o caso de encontrarme en situación de non poder manifestar a miña vontade, designo como interlocutor/a co médico ou o equipo sanitario que me atenda e para que tome decisión no meu nome, procurando o cumprimento da miña vontade, a:

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

DNI/NIE \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

con enderezo en \_\_\_\_\_

Concello \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

No caso de falecemento, incapacidade, renuncia ou imposibilidade de consulta co/a representante interlocutor/a, designo como substituto/a a:

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

DNI/NIE \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

con enderezo en \_\_\_\_\_

Concello \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Quero que se teña en conta a opinión do/a meu/miña representante en caso de dúbida na interpretación deste documento e o autorizo para que tome decisións con respecto a posibles tratamentos non contemplados no mesmo, sempre que non se contradigan con ningunha das instrucións que constan no documento.

## DECLARACIÓN DAS TESTEMUÑAS

*Os asinantes coma testemuñas DECLARAMOS que somos maiores de idade e que temos plena capacidade de obrar; que a persoa outorgante é maior de idade, que non nos consta que estea incapacitada, que actúa libremente e que asina o documento na nosa presenza. Así mesmo, os asinantes coma primeira e segunda testemuñas DECLARAMOS non ter relación de parentesco ata o segundo grao por consanguinidade ou afinidade nin estar vinculados por matrimonio ou análoga relación de afectividade nin por relación patrimonial co/coa outorgante.*

### PRIMEIRA TESTEMUÑA

Nome e apelidos \_\_\_\_\_

DNI/NIE \_\_\_\_\_ Teléfono/s \_\_\_\_\_

### SEGUNDA TESTEMUÑA

Nome e apelidos \_\_\_\_\_

DNI/NIE \_\_\_\_\_ Teléfono/s \_\_\_\_\_

### TERCEIRA TESTEMUÑA

Nome e apelidos \_\_\_\_\_

DNI/NIE \_\_\_\_\_ Teléfono/s \_\_\_\_\_

Por último, solicito a inscrición deste documento no Rexistro galego de instrucións previas sobre coidados e tratamento da saúde.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

FIRMA OUTORGANTE

FIRMA PRIMEIRA TESTEMUÑA

FIRMA SEGUNDA TESTEMUÑA

FIRMA TERCEIRA TESTEMUÑA