

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/adequación 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 _____

Firma de la persona otorgante.

Firma de la Encargada del Registro.

(OPCIONAL/RECOMENDADO)

NOMBRAMIENTO DE REPRESENTATES *(Es necesario presentar fotocopia de los DNI)*

Yo _____
designo como mi representante para que llegado el caso sirva como mi interlocutor con el médico o el equipo sanitario para tomar decisiones en mi nombre y/o procurar el cumplimiento de estas instrucciones previas:

PRIMER REPRESENTANTE

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____ Teléfonos _____

Dirección _____

Fecha y lugar de la firma _____

Firma del primer representante.

SEGUNDO REPRESENTANTE *

Nombre y apellidos _____

DNI/NIE _____ Teléfonos _____

Dirección _____

Fecha y lugar de la firma _____

Firma del segundo representante.

** Segundo representante o sustituto del anterior, si la persona que he nombrado más arriba no estuviera disponible, no pudiera o no deseara actuar como mi representante:*

Documento otorgado ante la Encargada de la Oficina del Registro de Instrucciones Previas

Don Doña _____

Con DNI/NIE _____ Dirección _____

Localidad _____ Teléfono _____

comparece ante mí con objeto de otorgar su Documento de Instrucciones Previas, ante personal de la administración, según lo establecido en la Orden 8/2006, de 26 de julio, de la Consejería de Salud.

Como Encargada del Registro de Instrucciones Previas de La Rioja, **CERTIFICO**: que el otorgante reúne los requisitos que exige la Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del Documento de Instrucciones Previas en el ámbito de la sanidad, que le habilitan para declarar sus Instrucciones Previas.

Logroño a _____ de _____ de 20 _____

Firma de la persona otorgante.

Firma de la Encargada del Registro.