

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Jo _____
nascut/da el ____/____/____ amb Document d'Identitat: ☐ DNI ☐ PASSAPORT ☐ NIE N°: _____
amb domicili en _____
Localitat: _____ CP: _____ Província: _____
E-mail: _____ Tfno.: _____

Amb la capacitat de fet suficient, actuant lliurement i després d'una adequada reflexió, si en un futur no puc prendre decisions o expressar la meua voluntat, manifeste que:

1 Segons els meus CRITERIS DE QUALITAT DE VIDA I DIGNITAT PERSONAL és fonamental:

- Mantenir una independència funcional per a les activitats de la vida diària.
- No patir dolor físic o psíquic.
- Comunicar-me o relacionar-me de manera conscient amb altres persones
- No prolongar la meua vida de manera artificial quan la **SITUACIÓ CLÍNICA SIGA IRREVERSIBLE:**
 - Estat avançat de qualsevol malaltia de pronòstic fatal.
 - Dany cerebral greu i irreversible.
 - Malaltia degenerativa en fase impossibilitant.
 - Situació de fragilitat avançada amb deteriorament del meu estat general.
 - Qualsevol situació sense expectatives de recuperació i amb seqüeles incompatibles amb els esmentats criteris.

2 En cas de DEMÈNCIA desitge que s'acomplisquen les instruccions següents a partir de quina siga la meua situació:

(Triar una de les dos opcions)

- ☐ **DEMÈNCIA MODERADA (GDS 4-5):** que m'impedisca viure sol/a i o dur a terme activitats com cuinar, comprar, eixir al carrer sense acompanyament, escollir la roba adequada, l'ús del telèfon i /o recordar l'adreça del meu domicili.
- ☐ **DEMÈNCIA MODERADAMENT SEVERA (GDS 5-6):** que m'impedisca ser autònom/a per a vestir-me, menjar, dutxar-me, anar al bany; que m'impossibilita llegir i /o escriure.

3 INSTRUCCIONS SOBRE ACTUACIONS SANITÀRIES.

En les situacions descrites en els apartats 1 i 2 vull que es duga a terme una limitació/adequació d'esforç diagnosticoterapèutic, rebuixant tota mesura de suport vital, tractaments, cirurgies o procediments que contribueixen a mantenir-me amb vida: nutrició-hidratació amb sueros, sondes o gastrostomies marcapassos o desfibriladors, reanimació cardio-pulmonar, antibiòtics i altra medicació excepte la necessària per a les cures pal·liatives que em proporcionen benestar i alivien el sofriment inclosa la sedació pal·liativa profunda i mantinguda fins a la meua mort.

4 INSTRUCCIONS SOBRE L'EUTANÀSIA.

Considere un sofriment psíquic constant i intolerable, incompatible amb la meua dignitat el que alguns patiments greus, crònics i impossibilitants com algunes malalties neurodegeneratives o qualsevol altra situació irreversible provoquen tal deteriorament de la meua personalitat i de les meues facultats mentals que siga incapaç de tindre consciència de la meua pròpia malaltia, els meus criteris de dignitat de vida i els meus desitjos ací expressats i no puga sol·licitar l'eutanàsia.

Per açò, encara que no ho expresse, no ho recorde, manifeste desacord o no mostre signes externs de sofriment a judici d'altres persones, en el moment en què em trobe en alguna de les situacions descrites en l'apartat 1 o en una situació clínica equiparable al grau de demència indicat a l'apartat 2, desitge que se m'aplique l'eutanàsia el més aviat possible.

Cas de dubtes sobre la irreversibilitat de la meua situació d'incapacitat per decidir, això no modifica la meua decisió ferma de no suportar una vida dependent per a les activitats de la vida diària.

Durant la tramitació de la meua sol·licitud d'eutanàsia, o cas que fora denegada, desitge que s'acomplisquen les meues instruccions sanitàries descrites a l'apartat 3.

Si alguna persona professional sanitària es declarara objectora de consciència respecte d'aquestes instruccions, sol·licite que siga substituïda per una altra professional i es garantisca el meu dret a decidir amb llibertat sobre la meua vida i la meua mort.

5 DONACIÓ.

(Marque les caselles que desitge i indique l'entitat a la qual es dona el cos)

- ☐ Desitge ser donant d'òrgans. ☐ He donat el meu cos a _____

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

DESIGNACIÓ DE REPRESENTANTS (Opcional)

Nom i Cognoms _____

☐ DNI ☐ PASSAPORT ☐ NIE N°: _____ Teléfon _____ / _____

E-mail _____

Domicili _____

Localitat _____

CP: _____ Província: _____

ACCEPTE la designació com a representant de la persona atorgant d'aquest document d'acord amb les directrius expressades, tal i com estableix la legislació. **PERMET** el tractament de les meues dades personals per part de l'administració pertinent, d'acord amb la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia de drets digitals.

Firma:

DECLARACIÓ DE TESTIGOS

DECLARACIÓ DE TESTIMONIS Els firmants com a testimonis **DECLAREM** que som majors d'edat i tenim plena capacitat d'actuar; que la persona atorgant d'aquest document és major d'edat, que no ens consta que estiga incapacitada, que actua lliurement i ha firmat el document en presència nostra, no tindre relació de parentiu fins a segon grau per consaguinitat o afinitat, ni estar vinculats per matrimoni o anàloga relació d'afectivitat, ni per relació patrimonial amb l'atorgant. **PERMETEM** el tractament de les dades personals per part de l'administració pertinent, d'acord amb la llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades Personals i garantia dels drets digitals.

PRIMER TESTIMONI

Nom i Cognoms _____

☐ DNI ☐ PASSAPORT ☐ NIE N°: _____ Teléfon _____

Email _____

Domicili _____

Localitat _____

CP: _____ Província: _____

Firma:

SEGON TESTIMONI

Nom i Cognoms _____

☐ DNI ☐ PASSAPORT ☐ NIE N°: _____ Teléfon _____

Email _____

Domicili _____

Localitat _____

CP: _____ Província: _____

Firma:

FIRMA DE LA/ EL ATORGANT

D / D^a _____

amb Document d'Identitat: ☐ DNI ☐ PASAPORT ☐ NIE N°: _____

En _____ a _____ del _____ de 20 _____

Firma: