

MODEL ORIENTATIU DE DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

A continuació es presenta un model orientatiu per a la redacció del Document de voluntats anticipades. Podeu utilitzar aquest model o un altre, o confeccionar-ne un de propi.

Aquest model consta de les parts següents:

1. Dades identificatives de la persona que expressa la seva voluntat de manera anticipada
2. Instruccions i criteris personals
3. Designació de la persona representant (si en voleu designar una)
4. Declaració dels testimonis

En cas de dubte podeu consultar un professional sanitari perquè us orienti en la redacció del Document de voluntats anticipades.

Els professionals sanitaris han de tenir en compte, en la presa de decisions, les instruccions que hàgiu expressat en el DVA, exceptuant les que siguin contràries a l'ordenament jurídic o a la bona pràctica clínica.

DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

1. DADES DE LA PERSONA QUE EXPRESSA LA SEVA VOLUNTAT ANTICIPADAMENT

Jo, _____, nascut/uda en data _____, amb el núm. de cens _____, amb domicili al carrer _____, núm. _____, pis _____, de la població _____ amb codi postal _____, amb el núm. de telèfon mòbil _____ i de fix _____;

amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure, amb la informació suficient i després d'haver reflexionat, **expresso** els criteris i les instruccions que desitjo que es tinguin en compte sobre la meva atenció sanitària quan em trobi en una situació en què, per circumstàncies derivades del meu estat físic o psíquic, no pugui expressar la meva voluntat.

2. INSTRUCCIONS I CRITERIS PERSONALS

a) Criteris que desitjo que es tinguin en compte

Per al meu projecte vital, els criteris que desitjo que es tinguin en compte són:

(Marqueu amb una creu els que considereu que es corresponen amb el vostre projecte vital. Si cap no us encaixa o en voleu afegir uns altres, indiqueu-los en l'apartat *altres*).

- La capacitat de comunicar-me i relacionar-me amb altres persones.
- El fet de no patir dolor important, ja sigui físic o psíquic.
- La possibilitat de mantenir una independència funcional suficient que em permeti ser autònom/a per a les activitats pròpies de la vida diària.
- El fet de no prolongar la vida per si mateixa quan la situació clínica és irreversible.

- El fet de romandre al meu domicili habitual en els últims dies de la meua vida.
- En cas que el professional sanitari que m'atengui no pugui assumir una actuació d'acord amb la meua voluntat aquí expressada, demano ser atès/atesa per altres professionals sanitaris que puguin fer-ho.
- En cas de trobar-me transitòriament en estat de lucidesa, desitjo no ser informat/ada sobre el meu diagnòstic fatal.
- Altres:

b) Situacions sanitàries previstes

Vull que es respectin de manera genèrica els criteris esmentats a l'apartat anterior i, sobretot, en cas de trobar-me en situacions mèdiques com les que s'especifiquen a continuació:

(Marqueu amb una creu les situacions mèdiques en què vulgueu que es tingui en compte aquest document)

- Tumor maligne disseminat en fase avançada.
- Dany cerebral, i/o d'altres òrgans, greu i irreversible que condueix a la mort en un termini breu.
- Malaltia degenerativa del sistema nerviós i/o del sistema muscular en fase avançada amb una limitació important de la mobilitat i falta de resposta al tractament.
- Situació d'agonia (la que precedeix la mort quan es produeix de forma gradual, en la qual existeix deteriorament físic intens, debilitat extrema, alta freqüència de trastorns cognitius i de la consciència, dificultat de relació i pronòstic vital de pocs dies).

- Estat vegetatiu permanent (forma de coma irreversible en què la persona, encara que està viva, no està conscient).
- Demència en fase avançada.
- Malalties o situacions de gravetat comparable a les anteriors.
- Altres:

c) Instruccions sobre les actuacions sanitàries

Per tot el que s'ha assenyalat anteriorment, d'acord amb els criteris i les situacions sanitàries especificades, demano que es respectin les decisions següents:

(Marqueu amb una creu les decisions que vulgueu que es tinguin en compte)

- No prolongar de manera artificial la meua vida, mitjançant tècniques de suport vital –ventilació mecànica, diàlisi, reanimació cardiopulmonar, fluids intravenosos, fàrmacs o alimentació artificial– i retirar-les si ja se m'han començat a aplicar i només serveixen per mantenir una supervivència biològica.
- No rebre tractaments de suport ni teràpies que no hagin demostrat efectivitat o que ja siguin fútils.
- Que se'm subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar al màxim el malestar, el patiment psíquic i el dolor físic.
- Poder romandre al meu domicili habitual els darrers dies de la meua vida.
- Rebre assistència espiritual, d'acord amb les meves creences.

Altres:

d) Instruccions sobre el meu cos

(Marqueu amb una creu les decisions que vulgueu que es tinguin en compte)

Donació d'òrgans per a trasplantaments:

- Desitjo** ser donant d'òrgans
- No desitjo** ser donant d'òrgans

Donació de teixits per a trasplantaments:

- Desitjo** ser donant de teixits
- No desitjo** ser donant de teixits

Altres instruccions sobre el propi cos:

Lloc i data

Signatura de qui expressa la seva voluntat

3. DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT

- Manifesto el meu desig de designar, com a representant meu, perquè actuï com a interlocutor vàlid i necessari amb els professionals de la salut que m'atendran, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meva voluntat, la persona/es següent/s:

Nom i cognoms:

Núm. de cens/document d'identitat:

Adreça:

Telèfon:

Data:

Signatura del representant

Representant alternatiu:

Nom i cognoms:

Núm. de cens/document d'identitat:

Adreça:

Telèfon:

Data:

Signatura del representant alternatiu

4. DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS

Els sotasignats, majors d'edat, declarem que la persona que signa aquest document de voluntats anticipades ho ha fet amb plena consciència, sense que hàgim pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

Així mateix, els sotasignats com a testimonis primer i segon declarem que no mantenim cap vincle ni familiar, fins a segon grau, ni patrimonial amb la persona que signa aquest document.

Testimoni primer

Nom i cognoms:

NIA/passaport/document identitat:

Data:

Signatura del testimoni primer

Testimoni segon

Nom i cognoms:

NIA/passaport/document identitat:

Data:

Signatura del testimoni segon

Testimoni tercer

Nom i cognoms:

NIA/passaport/document d'identitat:

Data:

Signatura del testimoni tercer