

## VOLUNTATS ANTICIPADES

Jo, \_\_\_\_\_ major d'edat, amb DNI núm. \_\_\_\_\_ i amb domicili a \_\_\_\_\_, Carrer \_\_\_\_\_, núm \_\_\_\_\_ i telèfon \_\_\_\_\_

En plenitud de les meves facultats mentals i lliurement, amb la informació suficient que m'ha permès reflexionar profundament,

DECLARO les instruccions que vull que es tinguin en compte sobre la meva atenció sanitària quan em trobi en una situació en què, per diferents circumstàncies derivades del meu estat físic i/o psíquic no pugui expressar la meva voluntat.

### Designació de representant:

D'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000, i en el cas d'un deteriorament sever, agut i crònic de les meves capacitats mentals que no em permetés decidir per a mi mateix o expressar la meva voluntat de forma clara, delego a tots els efectes en la persona \_\_\_\_\_, amb el DNI núm. \_\_\_\_\_, amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ Núm. \_\_\_\_\_, població \_\_\_\_\_ i telèfon \_\_\_\_\_, perquè actuï com a representant meu i interlocutor vàlid amb l'equip sanitari que m'atendrà.

En qualsevol cas vull que respecti la meva manera de pensar que resumeixo a continuació:

### Situacions sanitàries:

Les situacions a les quals em refereixo són:

- Malaltia irreversible que ha de conduir inevitablement en un termini breu a la meva mort
- Dany cerebral important i irreversible
- Estat vegetatiu persistent
- Càncer en fase avançada i terminal
- Malaltia degenerativa en fase avançada del sistema nerviós i /o muscular, amb una important afectació funcional.
- Demència severa especialment si he arribat al punt de no poder expressar-me ni alimentar-me per mi mateix/a, ni reconèixer a familiars o persones properes.
- Altres malalties o situacions de característiques similars a les mencionades.

### Instruccions sanitàries:

- **Limitacions sobre l'esforç terapèutic:** que no se'm perllongui la vida per mitjans artificials o tècniques de suport vital, fluids intravenosos, fàrmacs, alimentació artificial, aportació de líquids, respiració assistida. I que no se m'apliqui cap tractament, ni cirurgia, tècniques de reanimació, diàlisi, antibioteràpia, quimioteràpia, radioteràpia, transfusions...
- Que se m'administrin els fàrmacs necessaris per **pal·liar** el màxim el malestar, el patiment psíquic i físic que m'ocasiona la meva malaltia. Si el meu estat arriba a un punt d'especial deteriorament, que els fàrmacs que se m'administrin siguin els necessaris per acabar d'una manera indolora, definitiva i ràpida amb els sofriments esmentats, podent arribar a la **sedació terminal**.
- Atès que a l'Estat espanyol ja està regulada legalment l'eutanàsia (Llei orgànica 3/2021, de 24 de març) és la meva voluntat inequívoca: (encercleu **una** de les dues opcions):

- a) **Que es provoqui la meva mort**, de manera ràpida, segura i indolora, sense haver d'esperar que es produeixi cap descompensació clínica que em llevi la vida

## VOLUNTATS ANTICIPADES

espontàniament. Demano que aquest mateix document serveixi com la meva **sol·licitud formal** perquè se m'apliqui l'eutanàsia.

b) **Que NO es posi fi a la meva vida**, de manera directa i intencional, sinó que tan sols es respectin els criteris dels apartats anteriors i les esmentades instruccions sanitàries del meu DVA.

- Que sense perjudici de la decisió que prengui, se'm doni l'assistència necessària per procurar-me una mort digna.
- Sol·licito als professionals sanitaris que no puguin fer que es compleixin els meus desigs i voluntats, o que no hi estiguin d'acord, que derivin el meu cas a altres professionals que els puguin complir. A aquests professionals sanitaris que els compleixin, els eximeixo de tota responsabilitat, i prego que mai se'ls censuri, ni se'ls culpi ni condemni per fet d'haver-los complert. No reconec a ningú cap dret ni atribució per a reclamar ni denunciar al centre hospitalari ni al personal sanitari pel fet d'executar la meva voluntat
- **Grau d'informació clínica desitjada:** en cas de mantenir la meva capacitat mental conservada i patir una malaltia greu, desitjaria que la informació mèdica que se'm donés, amb independència de l'opinió dels meus familiars, s'adeqüés a la resposta següent:
  1. Voldria una informació tan completa com sigui possible, fins i tot amb la possibilitat d'un pronòstic desfavorable a curt termini.
  2. Voldria que el grau d'informació rebuda fos directament proporcional a la disponibilitat d'un tractament eficaç que allargués la meva vida, tot mantenint-la amb una qualitat acceptable. És a dir, preferiria una informació escassa si la meva malaltia tingués un pronòstic vital de menys de 3 mesos, tit i el tractament.
  3. Preferiria no saber la naturalesa i pronòstic d'una malaltia greu. La informació la rebrien els meus familiars/el meu representant.
  4. ....

Dades del representant:

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, població  
\_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ i telèfon \_\_\_\_\_

Representant alternatiu o substitut

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Amb domicili al carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, població  
\_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ i telèfon \_\_\_\_\_

Lloc i data

Signatura de qui expressa la seva voluntat

### DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS

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

Així mateix, els sotasignats com a testimoni primer i segon declarem no mantenir cap mena de vincle familiar o patrimonial amb la persona que signa aquest document.

#### Testimoni primer

Nom i cognoms

Adreça

DNI

Telèfon

Data

Signatura del primer testimoni

#### Testimoni segon

Nom i cognoms

Adreça

DNI

Telèfon

Data

Signatura del primer testimoni

#### Testimoni tercer

Nom i cognoms

Adreça

DNI

Telèfon

Data

Signatura del primer testimoni

### PROPOSTA DE REDACTAT EN CAS DE REVOCACIÓ

Jo , , major d'edat, amb DNI núm. amb capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient que m'ha permès reflexionar, deixo sense efecte el document de voluntats anticipades signat amb data..

Lloc i data

Signatura de qui expressa la seva voluntat