



DOCUMENT de VOLUNTATS ANTICIPADES (TESTAMENT VITAL). MODEL DEL CEA DE L'HCAP

Jo, _____, major d'edat, amb el DNI núm.

i amb domicili a _____ CP _____ al C/ _____, numero _____

i telèfon _____, amb capacitat per prendre decisions de manera lliure i amb la informació suficient que m'ha permès reflexionar, expresso les instruccions que vull que es tinguin en compte en 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

En el cas d'una deterioració severa, aguda o crònica, de les meves capacitats mentals que no em permetés decidir per mi mateix o expressar la meva voluntat de manera clara, delego a tots els efectes en la persona _____ per a que decideixi en el meu nom. En qualsevol cas, vull que respecti la meva manera de pensar, que resumiria de la següent manera:

Malaltia terminal

En cas de patir una malaltia greu amb un pronòstic vital irreversible a curt termini, no desitjo que se'm prolongui la vida de manera artificial, mitjançant medis invasius com ara la respiració mecànica, l'alimentació artificial, la diàlisi o altres tècniques equiparables

Demència

En cas de patir una malaltia crònica que deixi les meves capacitats mentals severament deteriorades, tot i no ser necessàriament irreversible a curt termini, desitjo que, davant d'una complicació greu però potencialment reversible, el tractament no sigui desproporcionadament invasiu (com per exemple, la ventilació mecànica, l'alimentació artificial o altres tècniques equiparables)

Alimentació per sonda digestiva

En el cas d'una dificultat important per alimentar-me normalment per deterioració neurològica irreversible i impossibilitat de comunicar-me, no voldria ser alimentat per sonda digestiva o per via endovenosa, tot i conèixer que aquesta decisió provocarà dificultats en la meva alimentació per part dels meus cuidadors

Tractament del patiment

En el cas de patir una malaltia irreversible que comportés patiment sever, tant físic com psíquic (com podria ser dolor de difícil control, ofec sever, pèrdua de les meves capacitats mentals o deteriorament físic sever) voldria rebre l'atenció necessària per pal·liar el patiment, i que no se m'administrassin tractaments amb l'únic objectiu de prolongar la meva vida

Possibilitat de sedació

En tots els casos, desitjo que se m'administrin els fàrmacs necessaris amb l'objectiu de pal·liar el patiment físic i psíquic, fins i tot si aquesta actuació disminueix el meu nivell de consciència

Possibilitat d'eutanàsia

Finalment, en cas de patir símptomes greus de difícil control per una malaltia irreversible a curt termini i que, alhora, la legislació ho permetés, desitjaria se m'apliqués l'eutanàsia activa, d'acord amb el que establís la llei

Mort digna

Que, sense perjudici de la decisió que prengui, se'm doni l'assistència necessària per procurar-me una mort digna.

Altres consideracions:

- Grau d'informació clínica desitjada:

En cas de mantenir la meua 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 següent resposta:

Tres opcions a escollir, marqueu la desitjada:

1. Voldria una informació el més completa possible, fins i tot amb la possibilitat d'un pronòstic dolent a curt termini
2. Voldria que el grau d'informació rebuda fos directament proporcional a la disponibilitat d'un tractament eficaç que allargués la meua vida, tot mantenint-la amb una qualitat acceptable. És a dir, preferiria una informació escassa si la meua malaltia tingués un pronòstic vital de menys de 3 mesos, tot 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

- Altres ...

REPRESENTANT

D'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000, designo com a representant meu, perquè actui com a interlocutor vàlid i necessari amb el metge o l'equip sanitari que m'atendrà, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meua voluntat,

Nom i cognoms _____ DNI _____
amb domicili al carrer _____, núm. _____, població _____ CP _____
i telèfon _____.

En conseqüència, autoritzo el meu representant perquè prengui decisions respecte a la meua salut en el cas que jo no pugui per mi mateix. Sempre que no es contradiguin amb cap de les voluntats anticipades que consten en aquest document.
Limitacions específiques.

Data _____ Signatura del representant

Representant alternatiu o substitut

Nom i cognoms _____ DNI _____
Adreça _____ Telèfon _____

Data _____ Signatura del representant alternatiu

Lloc i data _____ Signatura de l'atorgant

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 haguem pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

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

Testimoni primer

Nom i cognoms

DNI

Adreça

Telèfon

Data

Signatura del primer testimoni

Testimoni segon

Nom i cognoms

DNI

Adreça

Telèfon

Data

Signatura del segon testimoni

Testimoni tercer

Nom i cognoms

DNI

Adreça

Telèfon

Data

Signatura del tercer testimoni

PROPOSTA DE REDACTAT EN CAS DE REVOCACIÓ

Jo, _____, major d'edat, amb el 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 l'atorgant