

Document de Voluntats Anticipades

Jo, _____, major d'edat, amb DNI núm.

i amb domicili a _____, carrer

amb plena capacitat d'obrar, de manera lliure i després d'haver-ho reflexionat suficientment, atorgo el present Document de Voluntats Anticipades

Pel que fa a la interpretació i aplicació d'aquest document, designo representant meu a

Nom i cognoms _____ DNI _____ edat _____

Domicili a _____, carrer _____ telèfon _____

que haurà de ser considerat l'interlocutor vàlid i necessari pel metge o l'equip sanitari que m'atengui i vetllarà pel compliment de la meva voluntat aquí expressada.

Així mateix per si es dona el cas d'impossibilitat d'exercir o de renúncia del meu representant, designo representant substituït a

Nom i cognoms _____ DNI _____ edat _____

Domicili a _____, carrer _____ telèfon _____

Disposo

Si em trobés en alguna de les situacions esmentades a continuació:

1. Malaltia irreversible que ha de conduir inevitablement en un termini breu a la meva mort.
2. Estat vegetatiu crònic.
3. Estat avançat de malaltia de pronòstic fatal.
4. Estat de demència greu.
- 5.
- 6.

Si a judici de dos metges que m'atenguin no hi ha expectatives de recuperació sense que se'n segueixin seqüeles que impedeixin una vida digne segons jo l'entenc:

- La possibilitat de comunicar-me de qualsevol manera i relacionar-me amb altres persones.
- El fet de no patir dolor important, ja sigui físic o psíquic.
- La possibilitat de mantenir un grau de independència funcional que em permeti relacionar-me amb l'entorn i gaudir de forma conscient les coses que m'envolten.
-

La meva voluntat és

1. Que no em siguin aplicades, o bé es retirin si ja s'han començat a aplicar, mesures de suport vital o qualsevol altres, com ara fluids intravenosos, fàrmacs o nutrició artificial, que només intentin perllongar la meva vida.

2. Que em subministrin els fàrmacs necessaris per pal·liar el meu malestar, patiment psíquic o dolor físic, causats per la meua malaltia o per la manca de fluids o d'alimentació, encara que això pogués escurçar la meua vida.
3. Que, sense perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort digna.
- 4.

Només en cas de ser dona i estar en edat fèrtil

Si en el moment que em trobi en alguna de les situacions abans esmentades estic embarassada, la meua voluntat és que:

- es mantingui íntegrament la validesa d'aquest document.
- la validesa d'aquest document quedi suspesa fins després del part.
- la validesa d'aquest document quedi suspesa fins després del part, sempre que hi hagi prou garanties que el meu estat físic no afecti negativament el fetus.

Instruccions Addicionals

En cas que els professionals sanitaris que m'atenguin addueixin motius de consciència per no actuar d'acord amb la meua voluntat aquí expressada, vull ser transferit a un altre equip de professionals que estiguin disposats a respectar-la.

Signatura

Data

Signatura de l'atorgant

Signatura del representant

Signatura del substitut

En cas que el present Document s'atorgui davant testimonis i no davant notari

Nom i Cognoms del primer testimoni

DNI núm.

Signatura

Nom i Cognoms del segon testimoni

DNI núm.

Signatura

Nom i Cognoms del tercer testimoni

DNI núm.

Signatura