

**DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES**

Jo, \_\_\_\_\_, major d'edat, amb el NIF/NIE/Passaport núm. \_\_\_\_\_, amb domicili a \_\_\_\_\_, carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_ i codi postal \_\_\_\_\_, amb el número de telèfon mòbil \_\_\_\_\_ i/o de telèfon fix \_\_\_\_\_; amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient, que m'ha permès reflexionar, explico 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 diferents circumstàncies derivades del meu estat físic o psíquic, no pugui expressar la meva voluntat.

- MANIFESTO:** Que, d'acord amb la Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya i la Llei bàsica 41/2002 de l'Estat espanyol, signo aquest Document de voluntats anticipades perquè quan em trobi en una situació en la qual, a conseqüència del meu deteriorament físic i/o mental, no pugui prendre decisions o expressar la meva voluntat, es coneguin els valors i preferències en què se sustenten les instruccions que exposo i vull que es tinguin en compte respecte a la meva atenció sanitària.

**PARTS DEL DOCUMENT:**

PART A. INSTRUCCIONS I CRITERIS PERSONALS RESPECTE A L'ATENCIÓ SANITÀRIA

PART B. DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT

PART C. DECLARACIÓ DEL/DE LA PROFESSIONAL SANITARI/ÀRIA

## PART A. INSTRUCCIONS I CRITERIS PERSONALS RESPECTE A L'ATENCIÓ SANITÀRIA

### I. Criteris que desitjo que es tinguin en compte

Per al meu projecte vital, la qualitat de vida és un aspecte molt important i la relaciono amb uns criteris que, entre d'altres, són els següents:

- 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 una independència funcional suficient que em permeti autonomia per a les activitats pròpies de la vida diària.
- El fet de no prolongar la vida per si mateixa si no es donen els mínims que resulten dels apartats precedents quan la situació és irreversible.
- El fet de romandre al meu domicili habitual en els últims dies de la meua vida i morir-hi.
- En la interpretació d'aquest document vull que es tingui en compte l'opinió de la persona representant indicada referent a qualsevol decisió sobre mi.
- En cas que les professionals sanitàries que m'atengui no pugui assumir una actuació d'acord amb la meua voluntat aquí expressada, sol·licito rebre l'atenció d'altres professionals sanitàries que puguin fer-ho.
- Altres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### II. 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:

- Malaltia irreversible que, en un termini breu, condueixi inevitablement a la meua mort.
- Estat vegetatiu crònic.
- Estat avançat de la malaltia de pronòstic fatal.
- Estat avançat de demència.
- Altres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### III. 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:

- No prolongar inútilment 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 sense sentit.
- No rebre tractaments de suport ni teràpies poc contrastades 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.
- Que, sense perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort en pau.
- En cas d'embaràs, si succeís alguna de les situacions descrites a l'apartat II, que la validesa d'aquest document quedi en suspens fins després del part, sempre que això no afecti negativament el fetus.
- Que la meua família i les persones més properes puguin acompanyar-me.
- No ser traslladada/traslladat del lloc on resideixo en l'últim tram de la meua vida.
- Rebre assistència espiritual, d'acord amb les meves creences.
- Altres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### IV. Altres instruccions sobre el meu cos

- Manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans per a:
  - Trasplantaments
  - Investigació científica
  - Docència
  - Altres instruccions relatives al meu cos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En el cas que es vulgui fer donació al Servei de donació de cossos, cal que es posi en contacte amb la facultat de medicina més propera al lloc de residència per rebre informació sobre el significat i les condicions en que es realitzarà la donació.

S'ha de tenir present que, possiblement, l'autoritat i la potestat respecte a algunes d'aquestes instruccions no pertany als metges, sinó a altres figures professionals a qui s'haurà d'acudir per assegurar-ne l'acompliment.

## V. Voluntat d'eutanàsia

Amb independència que, per respectar la meua voluntat i els meus desitjos, es tinguin en compte els criteris i les instruccions expressades anteriorment, vull que aquest document tingui la consideració formal de sol·licitud per rebre l'eutanàsia si es compleixen els requisits establerts per la Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'**eutanàsia**, dels quals sóc coneixedor/a.

En cas de dubte, la persona nomenada representant meua serà la que interpreti la meua situació com a "patiment insuportable i intolerable", d'acord amb les consideracions que faig a continuació. La persona que s'assigna com a representant és qui considerarà el moment oportú per sol·licitar que s'iniciï el procediment que estableix la Llei per rebre l'eutanàsia.

En cas que la representant no pogués assumir la seva funció i no existís una representant substituïda, vull que el/la metge/ssa responsable de la meua atenció iniciï el procediment quan es donin les condicions requerides per la Llei.

Davant la possibilitat que em trobi en una situació en la que em resulti impossible expressar-me i per tal d'ajudar a interpretar millor la meua voluntat, vull que quedi clar que per a mi, trobar-me en alguna de les situacions següents, es causa de **patiment insuportable** i intolerable:

- Una malaltia greu i incurable amb un pronòstic de vida limitat i en un context de fragilitat progressiva.
- Una malaltia irreversible, que en un termini breu, condueix inevitablement a la meua mort.
- L'estat vegetatiu crònic.
- L'estat avançat de demència.
- Una malaltia, lesió, condició física o psíquica que:
  - M'impossibilita comunicar-me de qualsevol manera i relacionar-me amb altres persones
  - Em produeix patiment insuportable i intolerable
  - M'impossibilita mantenir una independència funcional suficient que em permeti prou autonomia per a les activitats pròpies de la vida diària

- Què vol dir autonomia per a mi? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

- Aspectes que vull que es tinguin en compte (per exemple: lloc on voldria que es realitzi l'eutanàsia, persones que vull que m'acompanyin, etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Lloc i data	Signatura de qui expressa la seva voluntat
-------------	--

## PART B. DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT

Convé que les representants siguin persones amb qui es tingui una vinculació afectiva, d'amistat o parentiu, que coneguin els valors i defensin els interessos de la persona en les decisions. En aquest sentit, cal que es valori la conveniència que la representant no sigui cap de les testimonis ni cap de les professionals que després hagi d'executar la decisió presa.

Jo, \_\_\_\_\_, major d'edat, amb el DNI/NIE/Passaport núm. \_\_\_\_\_, amb domicili a \_\_\_\_\_, carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_ i codi postal \_\_\_\_\_, amb el núm. de telèfon mòbil \_\_\_\_\_ i/o de telèfon fix \_\_\_\_\_; amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i d'acord amb l'article 8 de la Llei 21/2000 designo, com a representant meu, perquè actuï 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 meva voluntat, la persona següent:

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ DNI/NIE/Passaport \_\_\_\_\_

Adreça \_\_\_\_\_

Telèfon mòbil \_\_\_\_\_ / telèfon fix \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Signatura de la persona representant:

I designo, com a persona representant alternativa (opcional):

Nom i cognoms \_\_\_\_\_ DNI/NIE/Passaport \_\_\_\_\_

Adreça \_\_\_\_\_

Telèfon mòbil \_\_\_\_\_ / telèfon fix \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Signatura de la persona representant alternativa:

En conseqüència, autoritzo a la persona representant perquè prengui decisions respecte a la meva salut en el cas que jo no pugui per mi mateix/a/i, perquè tingui la informació necessària per fer-ho, perquè l'administri com cregui oportú i perquè em substitueixi en els consentiments que s'hagin de donar sempre que no es contradiguin les voluntats que consten en aquest document.

Lloc i data	Signatura de qui expressa la seva voluntat
-------------	--

**PART C. DECLARACIÓ DEL/DE LA PROFESSIONAL SANITARI/ÀRIA:**

La persona sotasignada, major d'edat i amb plena capacitat de fet, declara que la persona sol·licitant i que signa aquest document de voluntats anticipades, ho ha fet amb plena consciència, sense que hagi pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió. Així mateix, la persona sotasignada avala la voluntat de la persona sol·licitant que signa aquest document de voluntats anticipades i declara que no es troba incursa en cap situació que es pugui qualificar de conflicte d'interès.

**Dades personals del/de la professional sanitari/ària:**

Nom i cognoms: \_\_\_\_\_

Núm. col·legiat/ada o DNI/NIE/Passaport núm. \_\_\_\_\_

Professió sanitària \_\_\_\_\_

Centre sanitari on es realitza la declaració: \_\_\_\_\_

Localitat \_\_\_\_\_

La persona sotasignat, declara que l'atorgant d'aquest document de voluntats anticipades es correspon a:

Nom i cognoms \_\_\_\_\_

DNI/NIE/Passaport núm. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Signatura del/de la professional sanitari/ària