# DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS / TESTAMENTO VITAL

Yo, ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

con DNI / NIE / Pasaporte Número.....................................................................................................................................................................................................

con domicilio en............................................................................................................................................................................número..............................................................

población............................................................................................................................................................................y teléfono: ...........................................................................

con la capacidad suficiente para tomar una decisión libre, y con la información adecuada que me ha permitido reflexionar en profundidad.

# 1.- MANIFIESTO:

Que, de acuerdo con la ley de Catalunya 21/2000 y la Ley básica del Estado 41/2002, firmo este Documento de Voluntades Anticipadas para que cuando me encuentre en una situación en la cual no pueda tomar decisiones o expresar mi voluntad por mi mismo/a, se conozcan los valores y preferencias en los que se basan las instrucciones que expongo, y quiero que respeten en mi atención sanitaria.

# 2.- DECLARO:

**2.1 VALORES VITALES**: Para mi proyecto vital, **la calidad de vida** es un aspecto muy importante y la relaciono con los siguientes supuestos:

 La posibilidad de comunicarme y relacionarme de manera consciente con otras personas.

 No sufrir dolor físico ni psíquico.

 Tener capacidad funcional que me permita la autonomía en la vida diaria.

 No prolongarme la vida de manera artificial cuando la situación clínica sea irreversible.

 ..........................................................................................................................................

**2.2.-SUPUESTOS Y SITUACIONES**: Es mi voluntad que **los valores vitales** citados se respeten especialmente en las situaciones siguientes:

 Daño cerebral grave e irreversible, de cualquier causa, incluso por accidente

 Enfermedad degenerativa en fase invalidante.

 Vejez avanzada con deterioro importante de mi estado general.

 Estado avanzado de cualquier enfermedad de pronóstico fatal.

 Cualquier situación en la que no haya expectativas de recuperación y de la cual se deriven secuelas que impidan una vida digna según mi criterio, y que ya he expresado en el apartado anterior.

(Marque a partir de cual de las tres opciones desea que se respeten sus instrucciones.

Marque **una** de las tres opciones)

 Demencia **moderada**, que me impida vivir sol/a y/o realizar actividades como: *salir a la calle sin acompañamiento*, *cocinar, comprar,…*

 Demencia **moderadamente severa,** que genere la imposibilidad de valerme por mi mismo/a, en las actividades como: *vestirme, ducharme, comer solo/a, ir al lavabo*, *leer, escribir…*

 Demencia **severa** que me impida: *comunicarme verbalmente o reconocer a las personas afectivamente cercanas*, *y/o me mantenga inmovilizado /da en una silla o en la cama.*

**2.3 INSTRUCCIONES SOBRE LAS ACTUACIONES SANITARIAS*:*** En las situaciones anteriormente expresadas, quiero que se lleve a cabo la **adecuación del esfuerzo diagnóstico-terapéutico**:

 No iniciando reanimación cardiopulmonar.

No iniciando o retirando tratamientos que me prolonguen la vida por medios artificiales con técnicas de soporte vital o tratamientos fútiles de cualquier tipo.

 Que se me administren los fármacos necesarios para evitarme el posible sufrimiento físico y/o psíquico, llegando si es necesario a la sedación paliativa profunda y continuada.

 Si mi situación comporta la incapacidad para alimentarme e hidratarme yo mismo/a, no quiero que me alimenten ni me hidraten a la fuerza.

 Solo acepto contención mecánica o farmacológica cuando sea para evitar daños a mi propia persona o a terceros y siempre por prescripción médica.

 Ante una complicación de mi estado, siempre que sea posible, quiero que se me atienda en el lugar donde resido.

 Algunas patologías cursan con ausencia de conciencia de enfermedad. Si llegado el momento de ejecutar mi voluntad, expresada en este documento, manifiesto una opinión discrepante con su contenido, **reclamo que prevalezca mi voluntad aquí expresada**.

 Si se cumplen los requisitos establecidos por la legislación vigente, solicito que se me ayude a morir mediante **la eutanasia** y quiero que este documento tenga la consideración formal de solicitud para recibirla. Para ayudar a interpretar mejor mi voluntad, quiero que quede claro que, para mí, encontrarme en alguno de los supuestos o situaciones señalados en los apartados 2.1 y 2.2 de este documento.

 Hago donación de mis órganos y tejidos.

# 3.- OTRAS CONSIDERACIONES:

..............................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................

**4.- SOLICITO**: A los profesionales sanitarios que no estén en disposición de atender mis voluntades que me deriven a otro equipo asistencial que pueda hacerse cargo. Ante cualquier duda, exijo que se consulte a mi **representante.**

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE** (opcional)

En caso de hallarme en una situación en que no pueda expresar mi voluntad y de acuerdo con la legislación vigente, designo como representante para la interpretación y aplicación de este documento ante el equipo sanitario que me atenderá a:

Nombre y apellidos ,

con DNI / NIE / Pasaporte número ,

con domicilio en.........................................................................................................número ,

población ..................................................................................................... y teléfono ,

Fecha ............................................................

Firma del o la representante:

# REPRESENTANTE ALTERNATIVO (opcional)

Nombre y apellidos ,

con DNI / NIE / Pasaporte número ,

con domicilio en ......................................................................................................... número ,

población ................................................................................................... y teléfono ,

Fecha ...........................................................

Firma del o la representante :

**Firma de la persona que hace el DVA**

Lugar................................................................................................................Fecha.....................................................................

Firma