

## DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES / TESTAMENT VITAL

Jo, .....  
amb DNI / NIE / Passaport número.....  
amb domicili a....., número .....  
població..... i telèfon: .....  
en plenitud de la capacitat mental per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient  
que m'ha permès reflexionar profundament,

### 1.- 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 meua 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 meua atenció sanitària.

### 2.- DECLARO:

**2.1 VALORS VITALS:** Per al meu projecte vital, la **qualitat de vida** és un aspecte molt important i aquesta qualitat de vida la relaciono amb els següents supòsits:

- La possibilitat de comunicar-me i relacionar-me de manera conscient amb altres persones.
- No patir dolor físic o psíquic.
- Tenir independència funcional que em permeti l'autonomia en la vida diària.
- No perllongar de manera artificial la meua vida quan la situació clínica sigui irreversible.

**2.2 SUPÒSITS I SITUACIONS:** Els **valors vitals** esmentats vull que es respectin en les situacions següents:

- Dany cerebral sever i irreversible, de qualsevol causa.
- Malaltia degenerativa en fase invalidant.
- Vellesa avançada amb deteriorament important del meu estat general.
- Estat avançat de qualsevol malaltia de pronòstic fatal.
- Qualsevol situació en què no hi hagi expectatives de recuperació sense que se'n segueixin seqüeles que impedeixin una vida digna segons jo l'entenc i he expressat a l'apartat anterior.

( Marqueu **una** de les tres opcions )

- Demència **moderada**, que m'impedeixi viure sol/a i/o realitzar activitats com ara: *sortir al carrer sense acompanyament, cuinar, comprar, ...*
- Demència **moderadament severa**, que generi la impossibilitat de valdre'm per mi mateix/a en activitats com ara: *vestir-me, dutxar-me, menjar sol/a, anar al lavabo, llegir, escriure,...*
- Demència **severa**, que m'impedeixi: *comunicar-me o reconèixer les persones afectivament properes i/o em mantingui immobilitzat/da en una cadira o en un llit, ...*

**3. INSTRUCCIONS SOBRE LES ACTUACIONS SANITÀRIES:** En les situacions anteriorment expressades, no vull que es perllongui la meua vida de forma artificial. Vull que es porti a terme **l'adequació de l'esforç terapèutic:**

- No iniciant reanimació cardiopulmonar i no iniciant o retirant tractaments que em perllonguin la vida per mitjans artificials amb tècniques de suport vital o tractaments fútils de cap tipus.
- Administrant-me els fàrmacs necessaris per evitar-me el possible sofriment físic i/o psíquic arribant si cal a la sedació pal·liativa profunda i continuada.
- Si la meua demència comporta la incapacitat per alimentar-me i hidratar-me jo mateix/xa, no vull que m'alimentin ni que m'hidratin per cap procediment.
- Només accepto contenció mecànica o farmacològica quan sigui per evitar danys a la meua persona o a tercers, i sempre amb prescripció mèdica.
- Davant d'una complicació del meu estat, sempre que sigui possible, vull que se m'atengui al lloc on resideixo.
- Sóc conscient que algunes malalties, especialment moltes demències, cursen amb manca de consciència de malaltia. Puc preveure la possibilitat que, arribat el moment d'executar la meua voluntat, expressada en aquest document, jo mateix/a pugui verbalitzar o manifestar d'alguna altra manera un parer discrepant amb el d'aquest document. Si això passés, insto als meus responsables legals a respectar les instruccions d'aquest document i **reclamo que prevalgui la meua voluntat aquí expressada**, redactada en plenes facultats cognitives i de salut mental.
- Amb independència que, per respectar la meua voluntat i els meus desitjos, es tinguin en compte els criteris i les instruccions expressades anteriorment, si es compleixen els requisits establerts per la Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia, que declaro conèixer, demano que se'm causi la mort mitjançant **l'eutanàsia** i vull que aquest document tingui la consideració formal de sol·licitud per rebre l'eutanàsia.
- Manifesto el meu desig de fer donació dels meus òrgans i teixits.

**4.- ALTRES:**

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

**5.- SOL·LICITO:** Als professionals sanitaris que no estiguin en disposició d'atendre les meves voluntats que em derivin a un altre equip assistencial que se'n pugui fer càrrec. En cas de qualsevol dubte, exigeixo que es consulti el meu o meva **representant**.

**DESIGNO COM A REPRESENTANT**, en el cas de trobar-me en una situació en què no pugui expressar la meua voluntat, perquè d'acord amb la Llei 21/2000, actüi com a interlocutor/a vàlid/a i necessari/a amb l'equip sanitari que m'atendrà, tant en la interpretació d'aquest document com per prendre decisions respecte a la meua salut,;

Nom i cognoms:.....  
amb DNI / NIE / Passaport número.....  
amb domicili a....., número .....  
població..... i telèfon: .....  
Data .....

Signatura del o la representant (optativa):

**Representant alternatiu/va:**

Nom i cognoms:.....  
amb DNI / NIE / Passaport número.....  
amb domicili a..... número .....  
població ..... i telèfon: .....  
Data .....

Signatura del o la representant (optativa):

**Signatura de la persona que fa el DVA**

Lloc.....  
Data.....  
Signatura:

**TESTIMONIS:**

Les/els sotasignats, majors d'edat, declarem que la persona que signa aquest document de voluntats anticipades ho ha fet amb plena consciència, sense que hàgim pogut apreciar cap tipus de coacció en la seva decisió.

1.-Nom i cognoms:.....  
amb DNI / NIE / Passaport número.....  
amb domicili a....., número .....  
població ..... i telèfon: .....  
Data .....

Signatura:

2.-Nom i cognoms:.....  
amb DNI / NIE / Passaport número.....  
amb domicili a....., número .....  
població ..... i telèfon: .....  
Data .....

Signatura:

3.-Nom i cognoms:.....  
amb DNI / NIE / Passaport número.....  
amb domicili a....., número .....  
població ..... i telèfon: .....  
Data .....

Signatura: