



## MODEL ORIENTATIU DE DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

Us presentem un model orientatiu per a la redacció d'un document de voluntats anticipades (DVA). Podeu utilitzar altres models o confeccionar-ne un de propi. Aquest model pot ser d'ajuda per crear el vostre DVA d'una manera més personalitzada.

Aquest model consta de dues parts fonamentals:

### **A. INSTRUCCIONS I CRITERIS PERSONALS (EL QUE ABANS S'ANOMENAVA TESTAMENT VITAL)**

### **B. DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT**

Podeu emplenar les dues parts o només una.

La part que fa referència a la **designació d'una persona representant**, com a interlocutora amb l'equip assistencial i substituïda en la presa de decisions, pot utilitzar-se de manera independent. El nomenament d'una persona que us representi ja és una raó suficient per redactar un DVA.

Abans d'emplenar el document, us recomanem que llegiu "[Les consideracions sobre el document de voluntats anticipades](#)", o altres guies informatives sobre les voluntats anticipades, i que demaneu l'ajuda i l'orientació d'un professional sanitari per tal de valorar l'abast de les vostres decisions.

Recordeu que perquè el DVA sigui vàlid cal que tres testimonis en donin fe o bé fer-ho davant d'un notari. És per això que l'últim full d'aquest model (annex 1) correspon a la declaració dels testimonis.

## SI VOLEU MODIFICAR O REVOCAR EL DVA

La persona que ha fet el DVA pot renovar-lo, modificar-lo o deixar-lo sense efecte (revocar-lo) en qualsevol moment. Qualsevol d'aquestes opcions ha de seguir els mateixos requisits assenyalats per a la seva validesa. Per tant, cal que tres testimonis en donin fe o bé fer-ho davant d'un notari. Sempre té la validesa la darrera i més recent expressió o document.

# DOCUMENT DE VOLUNTATS ANTICIPADES

## DADES DE LA PERSONA QUE EXPRESSA LA SEVA VOLUNTAT ANTICIPADAMENT

Jo, \_\_\_\_\_, major d'edat, amb el NIF/NIE núm. \_\_\_\_\_, amb domicili a \_\_\_\_\_, carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_ i codi postal \_\_\_\_\_, amb el núm. de telèfon mòbil \_\_\_\_\_ i de fix \_\_\_\_\_;

amb la capacitat per prendre una decisió de manera lliure i amb la informació suficient, que m'ha permès reflexionar, **expresso** 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.

## A. INSTRUCCIONS I CRITERIS PERSONALS

### 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 ser autònom 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 del meu representant referent a qualsevol decisió sobre mi.
- En cas que el professional sanitari que m'atengui no pugui assumir una actuació d'acord amb la meua voluntat aquí expressada, sol·licito ser atès per altres professionals sanitaris 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, sens perjudici de la decisió que prengui, se'm garanteixi l'assistència necessària per procurar-me una mort en pau.
- Si estigués embarassada i 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 els meus familiars i les persones més properes puguin acompanyar-me.
- No ser 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Lloc i data

Signatura de qui expressa la seva voluntat

## B. DESIGNACIÓ DE LA PERSONA REPRESENTANT

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

Jo, \_\_\_\_\_, major d'edat, amb el NIF/NIE núm. \_\_\_\_\_, amb domicili a \_\_\_\_\_, carrer \_\_\_\_\_ núm. \_\_\_\_\_, pis \_\_\_\_\_ i codi postal \_\_\_\_\_, amb el núm. de telèfon mòbil \_\_\_\_\_ i de 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 meua voluntat, la persona següent:

Nom i cognoms	NIF/NIE
Adreça	Telèfon
Data	Signatura de la persona representant

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

Nom i cognoms	NIF/NIE
Adreça	Telèfon
Data	Signatura de la persona representant alternativa

En conseqüència, **autoritzo** el meu representant perquè prengui decisions respecte a la meua salut en el cas que jo no pugui per mi mateix, 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.

**Limitacions específiques:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lloc i data

Signatura de qui expressa la seva voluntat

## Annex 1. DECLARACIÓ DELS TESTIMONIS

Els sotassignats, 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.

Així mateix, els sotassignats com a testimonis primer i segon declarem que no mantenim cap vincle ni familiar, fins a segon grau, ni patrimonial amb la persona que signa aquest document.

### Testimoni primer

Nom i cognoms	NIF/NIE
Adreça	Telèfon
Data	Signatura del testimoni primer

### Testimoni segon

Nom i cognoms	NIF/NIE
Adreça	Telèfon
Data	Signatura del testimoni segon

### Testimoni tercer

Nom i cognoms	NIF/NIE
Adreça	Telèfon
Data	Signatura del testimoni tercer